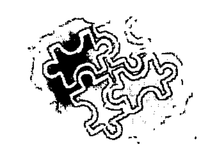


دكتورة نجاة عيسى إنصوره

اضطراب طيف التوحد

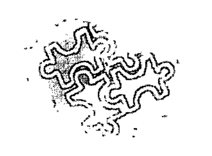
المشكلة والمآل الإستراتيجيات العلاجية





اضطراب طيف التوحد

المشكلة والمآل الإستراتيجيات العلاجية





دكتورة نجاة عيسى إنصوره

اضطراب طيف التوحد

المشكلة والمآل الإستراتيجيات العلاجية



دكتورة نجاة عيسى إنصوره
اضطرابات طيف التوحد

الطبعة الأولى : **2018** م

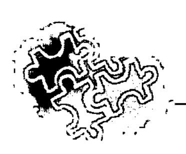
رقم الإيداع المحلي: **2018/475**

رقم الإيداع الدولي: **9789959-25-982-6**

دار الكتب الوطنية بنغازي - ليبيا

هاتف: **7165022.21821+** - بريد مصور **21821-4843580+**

ص.ب: **75454** - طرابلس **Email: almosgb@yahoo.com**

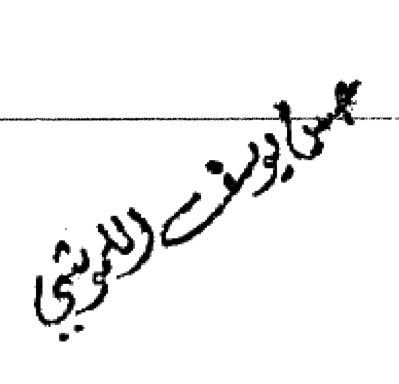


إهداء

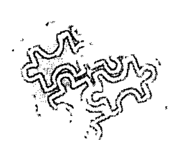
إلى روح أمي في عليائه

إلى إشراقات غدى

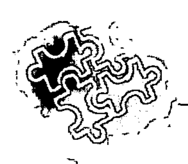
سيف الدين وإشراق وأسامة وغيداء



قائمة المحتويات



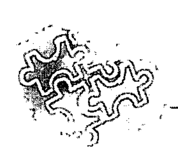
الموضوع	الصفحة



الموضوع	الصفحة

الفصل السابع

التقييم وأساليب التدخل والبرامج التدريبية العلاجية



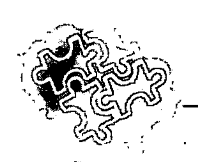


﴿قَالُواْ سُبحَنَك لَا عِلمَ لَنَآ لا ماعلمتنا انك انت العليم الحكيم﴾

صدق الله العظيم

سورة البقرة الآية (32)





المقدمة

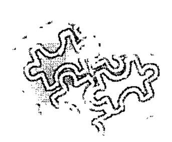
كل فرد يعيش على سطح الكرة الأرضية له وجوده وكيانه، ويسهم بدوره في مختلف الوظائف الاجتماعية والعلمية، وتتواجد في كل مجتمع من المجتمعات فئة خاصة تتطلب تكيف خاص مع البيئة التي يعيشون فيها نتيجة لوضعهم الصحي الذي يوجد به خلل ما، وهذا التكيف لا يأتي من قبلهم بل يقع عاتقه على من يحيطون بهم بتوجيه الإهتمام لهم مثلهم مثل أي شخص طبيعي يمارس حياته.

ومما لا شك فيه فإن الاهتمام «بمضطربي التوحد» أصبح ضرورة تفرض نفسها وذلك لإنتشاره في عدد كبير من أطفال العالم وترجع الأهمية كذلك إلى غموض هذا المفهوم على كثير من الناس بجميع طبقاتهم الاجتماعية والثقافية لأن التوحد من أكثر الاضطرابات والإعاقات غموضاً، ويرجع ذلك إلى أن الطفل التوحدي لا يظهر عليه علامات الإعاقة كغيره من الأطفال الآخرين لأنه يتسم بالوسامة والمظهر الخارجي العادي وإنما الاضطراب الذي لديه يتحدد في الانطواء والرغبة في العزلة وضعف التواصل الإدراكي والاجتماعي واللغوي والحركي، ومع ذلك لا يعد التوحد مرضاً، فكثير من الباحثين يرونه حالة غامضة أو سلسلة متصلة من العجز النشوئي فالأطفال المصابون به أشخاص عاديون من حيث الشكل الجسماني لكن حركاتهم لافتة للنظر، ولا تظهر الإعاقة الذهنية المرتبطة بالذكاء على مضطرب التوحد ولا يعاني ارتخاء الجسم بل إن جميع مراحل النمو عنده عادية ما عدا النواحي الإدراكية ورغم إنه لا يستخدم اللغة في شيء نافع إلا أن ذاكرته قوية في الغالب.

وأخيراً فإن هذا المرجع الذي بين أيدينا من الإسهامات والخطى التي يمكن أن يسير عليها الوالدين والباحثين والقائمين على رعاية الأطفال مضطربي طيف التوحد، ذلك لما يتضمنه من معلومات ومعارف عن شخصية هؤلاء الأطفال وخصائصهم، كما ينير الطريق

لتشخيصهم بدقة من خلال أساليب متنوعة ونصائح عن أساليب انتشار هذا الاضطراب الأمر الذي يستوجب تجنب حدوثه منذ البداية بقدر الإمكان، كما ويتضمن هذا المرجع كل ما يمكن أن نقدمه للطفل التوحدي من أساليب الرعاية والتنمية والتدريب لبعض المهارات الهامة التي تساعده لأن يعتمد على نفسه وهذا يخفف الأعباء والمسؤوليات تجاهه من قبل الراعيين له ومن ثم المضي نحو علاج الكثير من مظاهر القصور لمواكبة مدى أفضل من النمو المرتقب.

د. نجاة عيسى إنصورة





مفهوم اضطراب التوحد
Concept

مفهوم اضطراب التوحد
Autism Spectrum

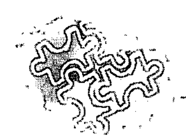
يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر Pervasive developmental disorder تظهر آثاره في العديد من الجوانب الأخرى للنمو وتنعكس عليه، كما إن هذه الآثار تبدو على هيئة سلوكيات تدل على قصور من جانب الطفل.

وتشير باتريشيا هاولين Howlin، P. 1997 إلى أن اضطراب التوحد عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة general intellectual disabilities التي يزداد معدل انتشارها بين البنين قياساً بالبنات إذ تصل النسبة بينهما 4 إلى 1 حيث نجد إن ما يزيد عن 90 ٪ تقريباً من الأطفال مضطربي التوحد يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة إسبرجر Aspergers Syndrome والتي تعتبر إحدى أنماط اضطراب طيف التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوي الذكاء العادي أو المرتفع فقط، وربما المرتفع جداً، وإنها نادراً جداً ما تصيب طفلاً تقل نسبة ذكائه عن المستوى المتوسط.

ويعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إفريقية تعني أوتوس (Aut) وهي تعني النفس أو الذات و (ism) وتعنى حالة أو توجه (Roeyers, 1995) ولقد استخدمت عدة مصطلحات عربية للتعبير عن ذلك منها على سبيل المثال (ذهان الطفولة المبكر – الفصام الطفولي – انغلاق الذات – الانطوائية – الذاتوية – الاجترارية.... وغيرها).

ويتصف المضطرب بقصور مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل مع المجتمع عبر سياقات وظروف متعددة، ويتضح ذلك القصور في التبادل الاجتماعي، سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، ومهارات تطوير العلاقات وفهمها والمحافظة عليها. ويتطلب تشخيص اضطراب طيف التوحد وجود أنماط محددة ومتكررة من أنماط سلوكية واهتمامات أو أنشطة.

ولأن الأعراض تتغير مع التطور وربما يتم إخفاؤها تحت قناع ميكانيزمات التعويض، فإنه يجدر أن يتم تحديد معايير التشخيص بناء على معلومات من الماضي، بالرغم من أن التشخيص الآني بمفرده يفيد بأن الأعراض الحالية لابد وأن تتسبب بإعاقة ملحوظة.



ضمن عمليات تشخيص اضطراب طيف التوحد، لوحظت بعض الخصائص الإكلينيكية الفردية من خلال استخدام المحددات «Specifies» (مع أو بدون إعاقة عقلية، مع أو بدون إعاقة لغوية، بمصاحبة عوامل طبية/ جينية معروفة أو ظروف بيئية/ مكتسبة، وبمصاحبة اضطرابات نمو عصبي أخرى أو عقلية أو اضطراب سلوكي)، كما تستخدم المحددات «Specifies» أيضاً في وصف أعراض اضطراب طيف التوحد (العمر عند بداية أولى مظاهر القلق لدى الوالدين، مع أو بدون فقدان المهارات الأساسية، شدة الأعراض).

هذه المحددات تزود المختصين والأطباء بفرصة لإعطاء التشخيص طابعاً فردياً مما يوصلهم إلى وصف طبي وسيكولوجي شامل للفرد المصاب، فعلى سبيل المثال، العديد من الأشخاص الذين تم تشخيصهم سابقاً بمتلازمة إسبرجر، سيتمكنون الآن من الحصول على تشخيص لاضطراب طيف التوحد بعيداً عن الإعاقة اللغوية والإعاقة العقلية.

ونستنتج من كل ما سبق إن استخدام المحددات «Specifies» في تشخيص الاضطرابات النمائية والعصبية يثري دون شك الوصف الإكلينيكي المتعلق بالأشخاص المصابين من حيث الأعراض الآنية. بالإضافة إلى المحددات التي تصف المظاهر الإكلينيكية عند بداية ظهور الأعراض أو معدلات الأعراض، فقد تحتوي الاضطرابات النمائية العصبية أيضاً محددات Specifies مرتبطة بظروف/ حالات طبية أو جينية/ أو وراثية معروفة أو عوامل بيئية، وتعطى هذه المحددات فرصة للأطباء والأخصائيين المشتغلين في هذا المجال في توثيق العوامل التي ربما قد تكون لعبت دوراً في أسباب (Etiology) الاضطراب، بالإضافة إلى العوامل التي قد تلعب دوراً في فهم الدورة الزمنية الطبية للاضطراب.

ويمكن القول إن عملية التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 تتم وفق ثلاثة مستويات أو ما يمكن أن نطلق عليه التشخيص متعدد المستويات Multi-Level Diagnostic Process وهي:

1- المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمين والاستثناء.

2- التحديد Specifiers: وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة.

3- مستوى الشدة Severity Level: وهي المحطات التي من خلالها نستطيع تحديد مدى شدة الاضطراب.

4- وسوف يرد ذلك عند تناول التشخيص بالتفصيلات اللازمة.

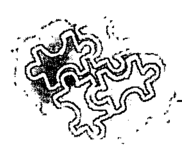
ويستخدم " كانر" كلمة توحد Autism لوصف الأطفال الذين لاحظهم، ذلك لأنهم يبدون غالباً معزولين اجتماعياً ويتعاملون مع دواخلهم، وقد أشار تعريف قاموس مريم – ويستر عام 1912 إن التوحد هو استغراق في النشاط العقلي المركز على الذات مثل أحلام اليقظة، الخيالات، الهدائات، الهلاوس، ويكون مصحوباً عادة بانسحاب واضح من الواقع.

ويمكن وصفه من خلال فك الارتباط الاجتماعي والعزلة الاجتماعية بسبب القصور في التواصل الاجتماعي، فضلاً عن نوبات الغضب بسبب عدم القدرة على تحمل تغير المسار المتوقع للأحداث، في حين يرتبط الخلل الاجتماعي ورفض الاقران في اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD يرتبط بأعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، وأيضاً سوء السلوك، ونوبات الغضب المزاجية ترتبط بالاندفاعية أو سوء ضبط النفس.

ويمكن القول إن اضطراب طيف التوحد يتضمن الصعوبة المستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع أنماط محدودة ومتكررة من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة، ولا تقتصر هذه الصعوبة والأنماط على مهارة أكاديمية معينة.

كما ويجب التيقن بأن الحركات النمطية ربما تكون مظهر من أعراض ويجب أخذ ذلك بعين الاعتبار عند تقييم السلوكيات والحركات المتكررة والقصور في التواصل الاجتماعي والتبادلي يظهر في اضطراب طيف التوحد وعادة يغيب ولا يظهر هذا القصور في اضطراب الحركة النمطية، وبالتالي التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات والاهتمامات المتكررة الصارمة تعتبر من الصفات المميزة. عند وجود اضطراب طيف التوحد، يتم تشخيص اضطراب الحركة النمطية فقط عندما يكون هناك إيذاء للذات أو عندما تكون السلوكيات النمطية شديدة بما فيه الكفاية لتصبح موضع اهتمام وتركيز للمعالجين وتحتاج إلى العلاج بشكل واضح.

كما ويميل البعض إلى استخدام عبارة الذهان التكافلي Symbiotic Psychosis لتعريف هؤلاء الأطفال وتعتقد "ماهلر" أن السبب المحدد للذهان التكافلي هو تعطيل أو توقف التواصل بين الأم والطفل، ولأن الأطفال الذين تمت دراستهم في هذه المجموعة لديهم بعض هذه الهداءات Delusions والهلاوس Hallucinations فقد تكون لديهم نفس



الصفات والخصائص الموجودة في فصام الطفولة Childhood Schizophrenia أكثر من السمات الخاصة باضطراب التوحد.

ويعرف اضطراب التوحد بكل متضمناته الخمس وفق ما يلي:

- التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة (ICD – 10 Classification International of DiseaseS بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بإختلالات كيفية في التفاعلات الإجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الإهتمامات والنشاطات وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة من أداء الفرد في كل المواقف .
- وتعرف الجمعية الوطنية للأطفال التوحدين The National Society of Autistic Children (NSAC) التوحد بأنه اضطراب أو متلازمة يعرف سلوكياً، وإن المظاهر المرضية الأساسية يجب أن تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، والذي يتضمن الاضطرابات التالية:

أ/ اضطراب في سرعة أو تتابع النمو.

ب/ اضطراب في الاستجابة الحسية.

ح/ اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية.

ء/ اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

- أما التعريف الدقيق الذي جاء في الدليل الإحصائي الرابع فينص على إنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الإجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه Attention والإدراك الحسي Sensibility والنمو الحركي Movement Growth وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الأولى ويصيب حوالي 5 أطفال في كل 10.000 ولادة حية بنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث (1:4) ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون أو الأصول العرقية أو الطائفية أو الخلقية الاجتماعية ولم تكتشف حتى الآن عوامل Factors (Causes) سيكولوجية بيئية مسببة للإصابة بالتوحد، بل يغلب الظن بأن العوامل المسببة ذات جذور عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي .

ويتضمن كلاً من الدليل الإحصائي الرابع والخامس DSM- 4 and 5

1) على إنه خللاً (عيوباً) في التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة وتظهر، سواء الآن أو في التاريخ الشخصي متمثلة فيما يلي:

1) عيوباً في تبادل المشاعر الإجتماعية وتتراوح على سبيل المثال ما بين إبداء طرق شاذة اجتماعياً والفشل في تبادل أطراف الحديث إلى قلة المشاركة في الاهتمامات والانفعالات والوجدان، إلى الفشل في البدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

2) عيوباً في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي تتراوح على سبيل المثال، ما بين افتقار التكامل ما بين التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى اضطراب في التواصل البصري ولغة الجسد أو عيوباً في فهم واستخدام التلميحات الجسدية، وصولاً إلى افتقار كلي للتعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3) عيوباً في بناء واستمرار وفهم العلاقات تتراوح على سبيل المثال ما بين صعوبات في تعديل السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المتنوعة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إقامة الصداقات وصولاً إلى عيوب الاهتمام بالأقران.

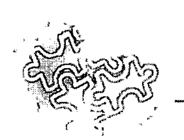
2) إظهار أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة تبدو في اثنين على الأقل مما يلي سواء في الوقت الحالي أو في التاريخ الشخصي للفرد.

1- قوالب حركية أو حركات جسدية متكررة في استخدام الأشياء أو الكلام (مثل وضع اللعب في صف، قلب الأشياء بتدويرها، إعادة الكلام ايكولاليا) أو تكرار جمل.

2- إصرار على التماثل والالتزام المتشدد بالروتين أو الطقوس النمطية للسلوك اللفظي وغير اللفظي (مثال الضيق الشديد عند حدوث تغيرات طفيفة، صعوبة التحول أو التغيير، أنماط التفكير المتصلب، طقوس التحية، الحاجة إلى اتخاذ نفس المسار أو أكل نفس الطعام كل يوم).

3- اهتمامات محدودة جداً وثابتة غير طبيعية في الشدة أو في التركيز (مثال التصاق قوي أو انشغال مستمر بأشياء غير معتادة واهتمامات شديدة التقييد أو متحفظة للغاية)

4- النشاط الزائد أو قلة النشاط رداً على المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير المعتادة في الجوانب الحسية في البيئة (مثال، عدم الاستجابة الواضحة للألم أو للحرارة واستجابة عكسية رداً على أصوات معينة أو ملمس معين، لمس متزايد أو



شم متزايد للأشياء والافتتان البصري بالأضواء أو الحركات)

تتحدد الشدة للأعراض السابقة وفقاً لشدة الاضطراب ومدى محدودية وتكرار الأنماط السلوكية على درجة من 1 إلى 3.

ج) يجب أن تكون الأعراض موجودة في الفترة المبكرة من النمو (ولكنها قد لا تظهر بشكل كامل حتى تصبح المتطلبات الاجتماعية أكبر من الفترات المحدودة لدى الفرد أو قد تكون مغلقة باستراتيجيات التعلم في مراحل الحياة التالية)

ء) أن تتسبب الأعراض في حدوث اضطراب واضح في الحياة الإجتماعية والمهنية أو أي مجال مهم آخر في التوظيف النفسي حالياً.

ه) أن لا يكون من الأفضل تفسير هذه الاضطرابات بعزوها إلى القصور (العقلي) الذهني أو اضطراب الارتقاء (العقلي) الذهني أو بعزوها إلى تأخر كلي في النمو والارتقاء.

كثيراً ما يكون هناك حدوث متزامن للقصور العقلي واضطراب طيف التوحد، ولكي نضع تشخيص التشارك في الحدوث لهما، يجب أن يكون مستوى التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع بالنسبة للمستوى العام للارتقاء.

ومما تجدر ملاحظته إنه يجب أن يعطى تشخيص اضطراب طيف التوحد للأفراد الذين سبق تشخيصهم في الـ DSM-IV بأنهم مصابين باضطراب التوحد أو اضطراب اسبرجر أو الاضطراب النمائي المستمر غير المحدد.

كما ويجب أن يتم تحديد ما إذا كان الاضطراب:

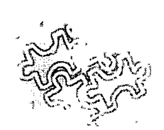
- مع أو بدون اضطراب ذهاني (عقلي).
- مع أو بدون اضطراب في اللغة.
- مرتبط بحالة طبية أو جينية أو عوامل بيئية.
- مرتبط باضطراب نمو عصبي أو عقلي أو سلوكي.
- مع اضطراب كتاتوني.

- وعرفه المعهد القومي للصحة العقلية (PIMH, 1998) على أنه تشويش عقلي يؤثر

على قدرة الأفراد على التواصل Communication وإقامة علاقات مع الآخرين، والاستجابة بطريقة مناسبة مع البيئة المحيطة بهم وبعض التوحديين قد يكونوا متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون منغلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية اجتماعية ومشكلات حسية تتصل بالإدراك ومشكلات في التواصل وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة.

وعرفت دائرة المعارف العامة (1999) التوحد على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم Educability واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن، وتبدأ تظهر أعراض التوحد في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي، غياب التواصل الاجتماعي، غياب السلوك الخاص باللعب التخيلي ويصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يستطيع الاستغناء عنها ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزق ومشتت ويعطوا هؤلاء الأفراد استجابات عنيفة ضد أي تغيير، وأوضحت الإحصائيات إن من 80-75 ٪ من هؤلاء الأطفال يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة.

- وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) على إنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثالث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتائج الاضطرابات فيزيولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فتجعل التواصل الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال سواء كان لفظي أو غير لفظياً ودائماً ما يستجيب هؤلاء الأطفال إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائماً يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.
- وعرفته الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية American Psychiatric (Association 4th E (1994 على أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي وهو عادة ما يظهر في سن قبل



ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء والتعليم، وبعض حالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة من كلمات محدودة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة.

- وتعريف الذاتوية وفقاً لمفهوم الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) ومنظمة الصحة العالمية بأنه اضطراب نمائي يتميز بتلف واضح وواسع النطاق في القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي وقصور واضح في النشاطات والاهتمامات على أن تظهر بشكل متزامن خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

- كما ويقرر أحمد عكاشة (1992) على إعاقة التوحد اسم الذاتوية الطفولية Childhood Autism ويعرفها بأنها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل على وجوده:

1) نمو أو ارتقاء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثلاث سنوات.

2) نوع مميز من الأداء غير الطبيعي في المجالات النفسية الثلاث الآتية.

أ/ التفاعل الاجتماعي Social Interaction

ب/ التواصل Communication

ح/ السلوك المحدد والمتكرر Stereotypical Behavior

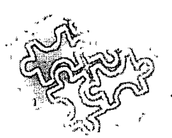
بالإضافة إلى هذه السمات التشخيصية المحددة، يشيع وجود مشكلات أخرى متعددة وغيرها محددة مثل: الرهاب (المخاوف المرضية) Phobia واضطرابات النوم والأكل Sleeping and Eating Disorder ونوبات هياج والعدوان الموجه نحو الذات.

- ويطلق عادل الاشول (1987) على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات أو الأنانية ويرى إنه اضطراب خطير، وسلوك يبدأ في أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وعادة ما يبدأ قبل 30 شهر وحتى 42 شهر من عمر الطفل (ما بين سن العامين والنصف إلى نحو ثلاثة أعوام ونصف تقريباً ويتصف الطفل الاجتراري "مضطرب التوحد " بالكلام عديم المعنى، فيسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين وهو طفل سريع التأثر والتعلق بالآخرين وقد يكون المصاب لديه أحياناً ميولاً للحيوانات، وقد يطلق على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال الطفولي بالذات

Infantile Autism أو عرض كانر Kanner Syndrome، تمثل التخيلات مع استبعاد الاهتمام بالواقع وهو عرض من أعراض الانفصام.

- وتنظر مادجريت هيلر Mahler.M إلى الذهان الذاتوي (التوحد) على إنه حالة التثبيت (Fixation) أو النكوص Regression إلى الذاتوية السوية (التمركز السوي حول الذات) مما ينتج عنه تشوهات في هذه المرحلة ويخفق الطفل في إدراك أمه بوضوح كما يخفق في التفرقة بين ما في داخل جسمه وما خارجه، وترى وجهه النظر الدينامية إن الصورة على هذا النحو إنما تشير إلى هلوسة سلبية ترتبط بعجز الطفل عن التوجه نحو العالم الخارجي، فالطفل الذي يمكن أن نطلق عليه اسم الطفل الذهاني الذاتوي (الاجتراري) هو هذا الطفل الذي يبدو منغلقاً على نفسه داخل دائرة تحمل صفة القدرة المطلقة السحرية تلك التي تعدها ماهلر بمثابة الدفاع ضد تفاصيل وفض الحيوية ويكون هناك فض الاستثمارات في المدركات Perceptions عن بعد، تلك التي يدفع ثمنها الطفل في شكل جسم مصطنع ويستشعر الطفل بناء على ذلك الخطر في الواقع الخارجي ذلك الخطر الدائم الذي يهدد توازنه الداخلي ولذلك فإنه يوطد بناء حاجز المثيرات Stimulus ويمكننا أن نلاحظ في مثل هذه الحالات غياباً في استثمار الليبيدو Investment of Libido في السطح الخارجي للجسم (الأمر الذي نراه واضحاً في غياب الإحساس بالألم لدى هؤلاء الأطفال) وكذلك غياباً في شحن المناطق الشبقية Erogenous Zones ويستبدل الطفل الأنشطة الشبقية الذاتية بأنشطة عدوانية ذاتية Auto Aggressive تلك التي نعتبرها في حقيقة الأمر محاولة الإحساس بحدود خارجية للجسم .

- كما يعرف (1988) Wolf الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد على أنهم ينقصهم التواصل الانفعالي وقصور في اللعب التخيلي، كما ينقصهم التواصل اللغوي المتمثل في فساد النمو اللغوي مع قصور في شكل ومضمون الكلام وترديد آلي لما يسمع، والنمطية والتقولب والإصرار على الطقوس والروتين وردود الفعل العنيفة إزاء أي تغيير في هذه النمطية مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل: هز الرأس، حركة اليدين، الاصبع.



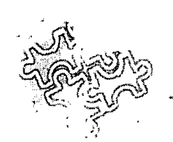
- ويعرفه فاخر عاقل (1988) التوحد على أنه مصطلح يقصد به تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات.
- إدراك العالم الخارجي من خلال الرغبات بدلاً من الواقع.
- الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية.

ويرى عبد الرحمن العيسوي (1990) لفظ الاضطراب الذاتي على اضطراب التوحد ويرى إنه صفة تميز تفكير الفصامي.

- وعرفه Lewis Volkmar 1990 التوحد على إنه اضطراب في الارتقاء الاجتماعي واللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية.
- ويشير كمال الدسوقي 1988 إلى أن الاجترارية (التوحد) تحمل معها عموماً فكرة أن المادة مستمدة من الفرد نفسه، وأنها تظهر بطبيعة الحال في أحلام اليقظة والخيالات والتوهمات والهلوسات، أي إن مضمون الفكر هو في معظمه باطني المنشأ Endogenous أي تقوم دائرة اللاشعور بأكبر مساهمة في الاجترار كالذي يوجد في الفصام، كما ويضيف أن الاجترارية أيضاً هي إحدى صور النرجسية Narcissism ولو أن النرجسي ليس مقيداً في محتوى العقل الشعوري بالمادة الذاتية، بل إنه الشخص الذي يفسر معظم المادة في حدود نفسه، ويرى أن التوحد مصطلح يقصد به اهتمام مرضي بالنفس مع عدم مبالاة بالآخرين من الناس وميل للتراجع إلى الخيالات الباثولوجية (المرضية) بالإضافة إلى الميل إلى أن يكون نسق تفكير المرء وإدراكه حاجاته ورغباته الشخصية بغير وجه حق، وعلى حساب التنظيم القائم على الحقيقية الموضوعية، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات الفرد مما هو في حقيقته، علاوة على الإحساس باللذة في الخيالات Fantasies التي تصور الحقيقة في إطار تحقيق الرغبة، حتى لا يقوم التصديق بها،
- ويرى أن هذا المعنى الكلي للاجترارية والذي يتضح من خلال ثلاثة معاني هي:

1) التفكير الذي تحكمه الحاجات الشخصية أو النفسية Psycho or Personality Needs.
2) إدراك Perception العالم في حدود الرغبات باعتبارها معارضة حقيقية.
3) الانشغال المفرط أو الاهتمام بأفكار المرء وتخيلاته الخاصة.

- ويشير آزونوف (1990) Ozonoff, et al إلى أن التوحد عبارة عن زملة أعراض تمثل عجزاً أو اضطراب لجوانب نمائية أساسية ومتعددة لدى الطفل.
- وتعرفه ماريكا (1990) Marica بأنه زملة أعراض سلوكية تعبر عن الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه Attention Deficit Disorder وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط Hyperkinesias.
- ومما يجدر ذكره هنا ووفق هذا التضمين أن الأفراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD وأولئك ذوي اضطراب طيف التوحد يظهرون نقص الانتباه inattention وخلل وظيفي اجتماعي Social dysfunction وصعوبة إدارة السلوك وإن الخلل الوظيفي والاجتماعي ورفض الاقران الذي نشاهده في الأفراد الذين يعاونون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة يجب أن نميزه عن الانسحاب الاجتماعي Social disengagement والعزلة، وعدم الاكتراث لإشارات التواصل البصري والصوتي الذي نراه في الأفراد الذين يعانون من طيف التوحد.
- ويطلق عليه إبراهيم مدكور (1975) الاجترار الذاتي أو الاجترار العقلي ويرى إنه اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية، يحل فيها الواقع النفسي محل الواقع المادي، وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية Individual Needs الذاتية Self مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية.
- ويطلق عبد المنعم الحنفي 1978 على إعاقة التوحد مصطلح الانشغال بالذات ويقرر إنه مصطلح يقصد به إحدى السمات الأولية للفصام، والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء، ويتخيل أنه يرى نبعاً عن بعد، ويستعيد العجوز أيام الصبا وغيرها، وتدور أحلام يقظته حول انتصارات بطولية، أما الطفل (الذاتوي) التوحدي أو الأناني Autistic Child فهو طفل منسحب بشكل متطرف، فقد يجلس الأطفال الذاتوين (التوحديين) يلعبون لساعات في أصابعهم أو بقصاصات ورق وقد بدا عليهم الانصراف عن هذا



العالم إلى عالم خاص بهم من صنع خيالاتهم.

- ويعرف أحمد بدوي (1982) التوحد بأنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق.
- ويصف مايزر وجرسمان (1986) Mayers & Grisman التوحد بأنه اضطراب غريب وأغرب ما فيه إنه تحت ملامح هادئة ويظهر أحياناً أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية كما إنه غريب لأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ولأنه لا يحدث إلا في الطفولة المبكرة.
- ويطلق جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1988) مصطلح الأوتيسية Autism على إعاقة التوحد ويعنيان بها: انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص به من الخيالات والأفكار، وفي الحالات المتطرفة توهان وهلوسات وقد أُعتقد ذات مرة أن إعاقة التوحد هي الخاصية الأولى للفصام ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل ذهان الشيخوخة وفي زملة كانر Kanner Syndrome (اجترارية طفلية مبكرة) وبعض حالات الاكتئاب Depression والشخص الاجتراري ذو شخصية مغلقة Shut inوهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالاً كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كليه إلى حد كبير من الخيال، أما إذا كنا نتحدث عن الأطفال فإنه يقصد بالطفل الذاتوي أو الاجتراري Autistic Child الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط، وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقلوبة، كبرم الأشياء أو لفها والهز هزة، ومن خصائصه الأخرى لا مبالاته إزاء الوالدين والآخرين، وعجزه عن تحمل التغيير Change وعيوب النطق أو الخرس Mutism وتفسر هذه الحالة لدى البعض بأن لها أساساً عضوياً ويفسرها آخرين باعتبارها شكلاً من أشكال الفصام.
- ويعرف ماكدونالد Macdonald 1972 على أنه الاستغراق في التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل للواقع.
- أما جيلبرج (1990) فيرى إن التوحد عبارة عن زملة أعراض سلوكية تنتج عن أسباب متعددة Multi Causes وغالباً مصحوبة بنسبة ذكاء (IQ) منخفضة وقصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- ويشير ريتشارد سوين (1979) إلى أن هناك اختلاف بين الباحثين في تناولهم لمفهوم التوحد، لذلك نرى إن مصطلحات فصام الطفولة "الذاتوية" "إعاقة التوحد الطفلية" والطفل غير النمطي قد استخدمت لفترة طويلة وعلى نطاق واسع على أساس إنها متساوية في المعنى بحيث يمكن أن يحل احداها محل الآخر، وتظل التعريفات مختلطة، بناء على تداخل التصنيف وبالتالي فلا غرابة في أن تستخدم مصطلح الطفل غير النمطي Atypical Child ليشمل عدداً من الاختلالات من بينها فصام الطفولة، ثم ينظر إلى الطفل الاجتراري على أنه نوع من فصام الطفولة كما يفعل كانر، فثي حين يختلف معه باحثون آخرون فيعتبران الذاتوية "إعاقة التوحد" مختلفة عن فصام الطفولة أو أن تجد أحد الباحثين يقترح أن نستخدم مصطلح "ذهان الطفولة" بدلاً من مصطلحات "الذاتوية" "إعاقة التوحد" "والطفل غير النمطي" لنشير إلى مرض يختلف عن فصام الطفولة.
- وتعرفه نجاة إنصوره 2017 بأنه زملة من الأعراض مجهولة السبب تتضمن إعاقات متعددة Multi Impairments يبرز فيها في الغالب الكف عن التواصل الاجتماعي وفشل ذريع في تعلم اللغة وإدارة الذات مما يجعل الانزواء نحو الذات الملاذ الوحيد الذي يأخذه لعالم الخيال الساكن والمجهول ومهيئاً للتأخر الدراسي، التأخر اللغوي، المشاكل الانفعالية والسلوكية. بحيث ينكفئ مضطرب التوحدعلى ذاته ويلجأ إلى الاجترار والتكرار كسراً لسكونه الممل.
- ويرى محمد عشيش إنه في بداية القرن كانت الاضطرابات العقلية والتخلف العقلي يعتبران شيئاً واحداً، إلى أن ظهر شيئاً فشيئاً التباين بينهم، فتنوعت المواصفات التطبيقية فنجد الأنواع التالية:

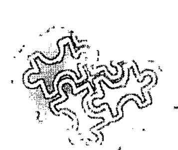
أ/ الذهان الانطوائي Autisique

ب/ الذهان التكافؤي Symbiotique

ح/ الذهان التخلفي Deficitaire

ء/ الذهان المتأخر Les Psychoses

- وفي عام 1955 وصف رانك Rank مجموعة من الأطفال ممن لديهم صفات تتضمن الانسحاب، الالتجاء إلى الخيال، والصمت Mutism والتموضع على حالة



واحدة Posturing والغرابة في التصرفات، والإيماءات والحركات النمطية عديمة المعنى مع نقص في الارتباط بالواقع، وضعف التواصل البصري، وهؤلاء الأطفال يبدون أنهم متشابهين مع مجموعة الأطفال الذين وصفهم كانر أصلاً ولديهم التوحد الطفولية.

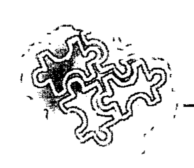
- وقامت ماهلر Mahlor 1952 بدراسة مجموعة من الأطفال الذين تظهر لديهم سلوكيات شاذة وصعوبة في الانفصال عن الأم، والتركيز الشديد على أجزاء من الجسم، وهداءات وهلاوس، والإصرار على الرتابة، ونوبات الغضب Tantrum، والقلق، السلوكيات الاندفاعية.
- ويعرفه عثمان فراج 1994 على أنه مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو تتميز بقصور في الإدراك وتأخر النمو ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل عن الوسط المحيط بحيث يعيش منغلقاً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله ومن يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر.
- ويطلق رمضان القذافي 1993م على إعاقة التوحد "الفصام الدوري" (ذاتي التركيب) ويرى أنها حالة اضطراب عقلي تصيب الأطفال، وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي، إلا أنه يلاحظ لديهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي Social Behavior Disorder والانفعالي الذهني وكأن الاتجاه السابق هو اعتبار هذه الحالة من حالات فصام الشخصية لدى الأطفال ولكن اتضح خلو الأعراض من كثير من علامات الاضطراب الفصامي المعروفة مثل الخيالات Imagination والهداءات Eikasia مما جعل العلماء يرون فيها حالة خاصة Special Case قائمة بذاتها، كما تم استبعاد فكرة التخلف الذهني كذلك لتمييز المصابين ببعض المهارات العادية Normal Skills التي لا توجب اعتبارهم من المتخلفين ذهنياً وتتميز هذه الحالة بشكل خاص بعدم القدرة Disability على الاتصال أو التعلم أو المشاركة في النشاطات الاجتماعية.
- واتفق كل من Alcentra 1994, Miller 1990, Poweller 1990, Jordan Hobson 1986 على أن التوحد يعتبر من الاضطرابات الانفعالية وإن خصائص الأطفال

التوحديين تظهر في ثلاث مجالات من الاضطرابات هي: التعبير الانفعالي التواصل اللغوي Linguistic Communication، السلوك الاجتماعي Social Behavior.

- ويعرفه عبد العزيز الشخص وعبد السلام عبد الغفار 1992 على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وهي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاثة سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر.
- ويرى عبد الرحمن سليمان (2002) إنه يتعين على من يتصدى لتعريف التوحد أن يشير إلى عدة أمور منها:

1) ان التوحد هو أحد الاضطرابات الارتقائية (الإنمائية) المنتشرة.
2) إنه يتميز بنمو أو ارتقاء غير طبيعي يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.
3) إنه يتميز باضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.
4) إنه يتميز باضطراب في اللغة والكلام.
5) إنه يتميز بشخصية مغلقة، والتفات إلى الذات والانشغال الكامل بالحاجات والرغبات الخاصة، والتي تجد الإشباع التام لها على مستوى الخيال.
6) إنه يتميز بأنماط سلوكية مقولبة (نمطية متكررة).
7) إنه يتميز بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.
8) إنه ناذر الحدوث أو تتراوح نسبة حدوثه ما بين 4-2 في كل عشر آلاف طفل.

- ويطلق ماجد عمارة (1999) على التوحد مسمى الانغلاق النفسي ويعرفه بأنه حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب والانطواء وعدم الاهتمام بوجود الآخرين أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وبالذات البصري وتتسم لغته بالاضطراب الشديد، فيغلب فيها الترديد والتكرار لما يقوله الآخرين أو الاجترار، والطفل المنغلق نفسياً لديه سلوك نمطي، وانشغال بأجزاء الأشياء، وليس بالأشياء نفسها ويختلف عن غيره من حالات الإعاقة الأخرى



بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية وغير المعرفية.

وفي ضوء ما تقدم نقدم التعريف النظري والإجرائي للذاتوية على النحو التالي:

التعريف النظري:

التوحد اضطراب عصبي – نمائي يظهر بشكل ملحوظ في مجالات التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوك المكرر، الاهتمامات المحدودة، وهذه الأعراض يجب أن تظهر قبل عمر ثلاث سنوات.

التعريف الإجرائي:

اضطراب التوحد هو أحد الإعاقات النمائية والتي تظهر خلال الثلاثة سنوات الأولى من العمر نتيجة عدم التفاعل الاجتماعي واللعب الرمزي يصاحب ذلك وجود حركات نمطية واضطرابات انفعالية شديدة.

ويشـمـل اضـطرابات طـيف الـتوحد:

1) **اضطراب التوحد** autism disorder

هو اضطراب يصيب الدماغ ويبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ويستمر خلال المراحل التالية حتى الرشد وتتمثل أهم أعراضه في: قصور كيفي في كلاً من (التفاعل الاجتماعي – اللغة والتواصل) –والأنشطة والاهتمامات المحدودة – اللزمات والحركات التكرارية.

2) **متلازمة اسبرجر** Aspergers Syndrome

وهذا الاضطراب يشبه أعراض التوحد العادي ولكن دون وجود اضطراب عملية الكلام واللغة، وهو يشبه إلى حد كبير التوحد ذي المستوى الأداء الوظيفي المرتفع.

ويتميز هذا الاضطراب بالقصور في القدرة على التفاعل مع الآخرين والاهتمامات المحدودة، والافتقار إلى القدرة على إدراك روح الدعابة والمرح، والتصرفات الهوجاء، وعدم الحكمة، وعدم التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم أو إنجاز أعمال مشتركة معهم، وممارسة سلوكيات نمطية.

وتشير الدراسات إلى انتشار هذا الاضطراب بمعدل (4-3) حالات لكل عشر آلاف طفل، وهو يوجد بين الذكور بنسبة تفوق كثيراً عن الإناث (عشر أضعاف تقريباً).

3) **متلازمة "رت"** Ret Syndrome

تتمثل في أهم خصائص هذا الاضطراب في أنه يظهر بين الإناث بصورة أساسية بنسبة حالة لكل عشر آلاف بنت، ويتميز بوجود فترة من النمو العادي بعد الولادة في جميع الجوانب لمدة خمس أشهر على الأقل، ثم يبدأ معدل النمو الجسمي في الانخفاض خاصة في حجم الرأس، مما يؤدي إلى تناقص حجم المخ بنسبة 30 ٪ تقريباً، مع فقدان المهارات اليدوية الإرادية، وترنح في المشي وعيوب أو تشوهات في القدم والعمود الفقري واضطراب التآزر الحركي، وتذبذب (حركة سريعة) لمقلة العين، واضطرابات ملحوظة في الكلام واللغة، وصعوبات البلع والتنفس، واضطرابات القدرة التواصلية مع تدهور القدرات العقلية، ويصاحب ذلك نوبات من الصرع في نسبة كبيرة من الحالات، إلى جانب نوبات الغضب الشديد والهياج.

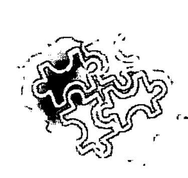
4) اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder

ويطلق على هذا الاضطراب أيضاً اضطراب الطفولة (التحللي – التفسخي – متلازمة هيلر) وتظهر الأعراض على الطفل بعد فترة متأخرة كثيرة مقارنة بما يحدث في حالة التوحد العادي. ويتميز هذا الاضطراب بفقدان "القدرة اللغوية، وفقدان ما سبق اكتسابه من مهارات اجتماعية، وفقدان كثير من المهارات الحركية، والعزوف عن اللعب مع الآخرين، وفقدان تدريجي لمهارات الرعاية الذاتية كما تتدهور القدرة على التواصل (سواء اللفظي أو غير اللفظي) بالإضافة إلى فقدان القدرة على فهم مشاعر الآخرين وانفعالاتهم).

5) اضطراب التوحد الغير مصنف

Atypical Autism: Pervasive Developmental Disorder not other specified

ويشمل هذا الاضطراب الأطفال الذين يعانون من أعراض تشبه إلى حد كبير تلك التي تبدو على الأطفال مضطربي التوحد إلا إنه لا تنطبق عليهم المعايير الأساسية المستخدمة في تشخيص التوحد والتي تشمل: (القصور في المهارات الاجتماعية، التواصل اللفظي أو غير اللفظي، والسلوكيات النمطية، أو قد تنطبق عليهم بعض هذه المعايير إلا أنه يحدث في عمر متأخر عن ذلك الذي تظهر عنده أعراض التوحد العادي.



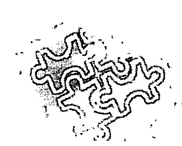


مدى شيوع وانتشار اضطراب التوحد

مدى شيوع وانتشار اضطراب التوحد

من الأمور الثابتة التي ترتبط بهذا الاضطراب إن معدل انتشاره يعتبر في تزايد مطرد وهو الأمر الذي جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية في انتشاره، وربما يرجع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلى الفهم الواعي والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب في الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل الأمر الذي دفع الكثير إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك إلى بداية اكتشافه على يدي ليوكانر Kanner. Leo عام 1943م ثم إلى بداية ظهوره في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذي يكتب اختصاراً DSM وذلك منذ عام 1980 وما بعدها، وكيف كان ينظر إليه بداية من اعتباره نمط من فصام الطفولة إلى اعتباره اضطراب سلوكي، ثم اعتباره أخيراً اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي وإن آثاره تنعكس بشكل واضح على سلوكيات الطفل فسوف نجد أن الكثير جداً من تلك الحالات التي لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب توحدي سوف يتغير أمرها إذا ما أعيد تصنيفها وتشخيصها من جديد وسنجد أن نسبة انتشاره كان لابد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت لولا عدم معرفتنا الكافية بطبيعة ذلك الاضطراب مما حدا بنا إلى تشخيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أما الآن فإن معرفتنا الدقيقة بالاضطراب جعلت بمقدورنا تشخيصه بدقة وهذا ساهم في إبراز نسبة انتشاره بحيث أصبح ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي. ويجب ملاحظة أن نسبة انتشار الاضطراب الذاتوي بين الطبقات الاجتماعية والثقافية المختلفة لم تتوصل الدراسات ومنها جيلبرج «Gillbreg 1990» إلى وجود فرق بينها كما يشير الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV. 1994) إلى أن الوضع الاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي أو اللون العرقي لا علاقة له بالإصابة باضطراب الذاتوية.

ومما لا شك فيه إن اختلاف نسب انتشار الاضطراب يرجع إلى التباين في المحكات والمعايير المستخدمة في تشخصيه بالدرجة الأولى، وعدم سماح كثير من الأُسر للكشف عن أطفالها، لأسباب تتعلق بطبيعة المجتمع أو الجنس وغيرها، أو قد تكون غير ممثلة للواقع. كما تختلف النسب بين دولة وأخرى، وهذا يرتبط بمدى الوعي والمعرفة الحقيقية



لهذه المشكلة وآثارها. وتتأثر نسب الانتشار بالمرحلة العمرية التي يتم فيها التشخيص إذ تشير التقارير إلى أن الأعراض الذاتوية تقل ما بين عمر(إحدى عشر إلى تسعة عشر) سنة، في الوقت الذي تظهر أعراض اضطراب التوحد قبل عمر ثلاث سنوات.

وأشارت نتائج الدراسة التي قام بها مركز السيطرة على المرض عام Center for Disease Control 2000 والتي أجريت في ست ولايات أمريكية إلى أن متوسط نسب انتشار اضطراب التوحد هو (7-6) لكل 10.000 وبمتوسط نسبة الذكور إلى الإناث 1:3. 4 وبمعدل ما بين 40 ٪ -62 ٪ من الأطفال يعانون من إعاقة عقلية (درجة ذكاء أقل 70) وأشارت الدراسة إلى أن الغالبية (69 ٪ - 88 ٪) من الأطفال الذين يتراوح أعمارهم ثمان سنوات والمصابين باضطراب التوحد قد تم تشخيصهم قبل عمر الثالثة والذين أظهروا انتكاساً واضحاً في التطور اللغوي والتطور الاجتماعي في عمر الثالثة من حياتهم.

كما أشارت الدراسة التي أجراها المركز عام (2002) والتي أجريت في 14 ولاية إلى أن متوسط نسب الانتشار لاضطراب التوحد هو 6. 6لكل 10.000 وبمتوسط نسبة الذكور إلى الإناث 1:3. 4وبمتوسط معدله 6. 44 ٪ من الأطفال المصابين باضطراب التوحد والذين يتراوح أعمارهم الثمان سنوات يعانون من إعاقة عقلية (درجة ذكاء <70) ونسبة أعلى لدى الإناث (85 ٪) من الذكور (41 ٪). وتحدث الذاتوية بنسبة 15 ٪ من كل 10.000 مولود ولكل 4 ذكور مقابل أنثى واحدة وتحدث في جميع الأجناس والأعراق والمجتمعات .

وبان الفرق بين الجنسين فإن الاضطراب التوحدي يحدث بمعدل أربع مرات أكثر في الأولاد عنه في البنات ولا يذكر سبب مفهوم إلى الآن في ظهور التوحد عند البنين أكثر من البنات كما أثبتت الأبحاث إنه في حالة إصابة البنات تكون إعاقتهم أكثر صعوبة وخطراً وتكون درجة ذكائهم منخفضة جداً عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم وأشارت بعض الدراسات في أمريكا إلى أن هناك معدل انتشار كبير لإصابة الأولاد الذكور الذين هم أوائل مواليد لآبائهم ولا يعرف سبب لذلك حتى الآن (National Autism Society. 1999).

· كما إن كانر Kanner 1973 قد أشار في دراساته التي بدأت في الأربعينات وحتى أوائل السبعينات إلى أن الإصابة تظهر في الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1:4) وإن البنات مضطربات التوحد يمكن أن يكن أشد اضطراباً ويشير تاريخهن الأسري إلى كثرة انتشار الخلل المعرفي عن الذكور وقد أوضحت دراسة لورد وآخرين (1982-1985) إن هناك فروقاً واضحة في نسبة حدوث المرض بين الذكور ونسبتها من الإناث 1-2 على التوالي كما وأكدت دراسة بارون كوهن (1991) Baron Kohen على أن هذا الاضطراب يحدث

في الذكور بنسبة 1:4 مرات أكثر من الإناث (Francis J. Tuner 1984) ويتفق في ذلك كلاً من (Gillbery 1988)، (DSM III, 1980) حيث ذكر أن أعراض التوحد تظهر على الذكور باستمرار أكثر من البنات بنسبة 3 أو 4 ذكر لكل بنت واحدة .

ويذكر إسماعيل بدر (1997) من خلال استعراض لبعض الدراسات والبحوث وكذلك لعدد من الحالات في مدارس التربية الخاصة والتي اتضح من خلالها إن نسبة حدوث إضطراب التوحد تزداد لدى الذكور عن الإناث.

كما لوحظ إن الإناث يكن أقل ذكاء وأكثر ميلاً لإظهار البرهان على تلف الدماغ وتوصل فريمان (1997) Freman إلى أن لدى البنات مضطربات التوحد قصور معرفي أشد من الأولاد وذكر يونج (1981) Wing إن الذكور بشكل عام يوصفون بارتفاع مهاراتهم الفراغية المكانية بينما الإناث ينظر إليهن على أنهن أعلى في المهارات اللغوية.

وقد لاحظ كانر عند وصفه المبكر (1943) لاضطراب التوحد إنه يحدث في الطبقات العليا وذكر بيرج (Berg 1985) إن الاضطراب أكثر احتمالية الإصابات لأبناء الطبقات التخصصية في الإصابة .

ويؤيد هذا ميلر (Miller 1990) حيث ذكر إن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من المستويات والمراكز التربوية العالية .

وقد كشف دراسات عام (1970) عدم صدق النتائج الخاصة بالطبقة الاجتماعية وأن سبب هذا الاعتقاد هو عدم اكتشاف الاضطراب وتحويله لدى أبناء الطبقات الفقيرة خلال هذه الفترة الزمنية وهو ما أكدته دراسة قام بها برايسون (1996) وأبدت عدم وجود فروق في معدل انتشار التوحد بين الطبقات المختلفة.

ومن جانب آخر أشار إيمري والتماس Emery & Oltmanns 2000 إلى أن معدل الإصابة بالذاتوية ينتشر بنسبة أكبر بين أقارب الأطفال المصابين بالذاتوية فنسبة انتشاره بين مجموع السكان العام 0.5 ٪ تقريباً ونسبته بين الأطفال الذين لديهم أقارب ذاتويين هي 5:2 تقريباً.

ومن العرض السابق يتضح لنا اختلاف نتائج الدراسات التي تحدد نسبة انتشار الاضطراب ويرى ايدسون (1998) Edison إن التضارب في معدلات الانتشار يرجع إلى البلد التي تتم فيه الدراسة، وإلى اختلاف الدلالات التشخيصية.

وقد يكون السبب في الاختلاف راجعاً إلى خطأ في التشخيص Error Diagnosis أو



في التباين الواضح في المحكات لتشخيص الإعاقة وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي أو الاختلاف في عمر الأطفال.

فعلى سبيل المثال، بينت معايير كانر Kanner على إن معدل الانتشار في أمريكا غالباً ما يكون في حدود 5:4 بين كل عشرة آلاف طفل في عمر أقل من 15 سنة ونجد النسبة ترتفع في انجلترا فتتراوح النسبة بين 20:30 حالة من بين كل عشرة آلاف طفل.

ووفقاً لأحدث الإحصائيات Statistics التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث التوحد بأمريكا في يناير 2003 فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها 250:1 حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد.

وتشير بعض الدراسات التي أجريت في انجلترا إلى أن معدل انتشار اضطراب التوحد 5–4 أطفال كل عشرة آلاف وقدر معدل انتشار الاضطراب مشوه النمو (التوحد والاضطراب مشوه النمو غير المصنف) في مكان آخر بحوالي 15-10 حالة لكل 10000 طفل.

وفي دراسات لوتر 1986 "Lutter" سكوبلر (1987، 1989) Scopler التي اعتمدت في تشخيص حالات الاوتيزم (التوحد) على معايير DSM III كانت نسبة الإصابة بالتوحد حوالي (5-2) حالات لكل 10000 ولادة حية ونسبة الإصابة في الذكور أكثر من الإناث بمعدل 3 أو 4 مرات في حين كانت نسبة انتشار الإصابة في جنوب اليابان بمعدل 13، 6 لكل 10000 طفل وهذا يتفق مع دراسة كندول (2000) Kendall وفي دراسات مسحية تم إجراؤها في انجلترا ظهرت نتائج مختلفة بعض الشيء عن التي ظهرت في أمريكا أو شرق آسيا فكانت نسبة الانتشار تتراوح بين (30–20) حالة لكل 10000 ولادة حية.

وفي دراسة أخرى قام بها كامبرول Camperwell لتشخيص حالات التوحد على أساس العجز الاجتماعي وجد أن نسبة انتشار الإصابة باضطراب التوحد حوالي 21 لكل 10000 طفل .

وقد أشارت أيضاً بعض الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أنه يوجد على الأقل 360. 000 فرد مصاباً بالتوحد أغلبهم من الأطفال.

وأوضحت الدراسة أن هذا الاضطراب يعد الإعاقة الرابعة الأكثر شيوعاً للإعاقات المختلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي Mental Retardation والصرع والشلل المخي CB ويحدث التوحد في (4) أطفال كل عشرة آلاف مولود .

ويشير محمد قاسم (2001) إلى أن التوحد اضطراب نادر الحدوث نسبياً ويقدر بحوالي 5-2 ولادات في كل 10. 000 عشر آلاف ولادة حية.

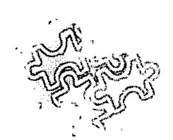
وتشير نتائج الدراسة إن الغالبية (51 ٪ - 91 ٪) من الأطفال المصابين بالذاتوية (التوحد) والذين يتراوح أعمارهم (8) سنوات قد تشخيصهم من قبل عمر الثالثة والذين أظهروا انتكاساً واضحاً في التطور اللغوي والاجتماعي في عمر الثالثة من حياتهم.

كما أشار معهد أبحاث اضطراب التوحد (Institute Autism Research 10/No 2. 2000) إلى زيادة في حالات التوحد بشكل كبير، كما أصدر مركز الأبحاث في جامعة كامبردج تقريراً بازدياد نسبة حالات التوحد بحيث أصبحت (75) حالة في كل (10000) من عمر (11-5) سنة.

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الثالثة DSM-III الصادرة عام 1980م إن الاضطراب نادر وبنسبة انتشاره من4- 2حالات بين كل عشرة آلاف حالة، كما تذكر هذه الطبعة إن الاضطراب ينتشر بدرجة أكبر من أفراد الطبقة العليا في المجتمع ويشير إلى أن السبب Reason في ذلك غير معروف حتى الآن، أما الطبعة الرابعة في الدليل DSM.IV الصادر في 1994م فإنها تعديل نسبة الانتشار، حيث تذكر أن النسبة من 5-2 حالات من بين كل عشرة آلاف حالة كما أن هذه الطبعة أسقطت الإشارة إلى شيوع الاضطراب بين أفراد الطبقة العليا مما يشير إلى أن البحوث الانتشارية التالية لم تجد ما يدعم الاستنتاج التي وصلت إليه الطبعة الثالثة وقد يفسر ذلك أن الأفراد في الطبقتين الوسطى والدنيا قد يكون أقل انتباهاً إلى جوانب الاضطراب والشذوذ في حياة أبنائهم إذا ما قيسوا إلى أفراد الطبقة العليا.

وفي عام (1998) قامت جامعة لوس انجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا على عينة مكونة من (207) أسرة وجد أن بينهم (20) أسرة (9. 7 ٪) لدى كل منها أكثر من طفل يعاني من اضطراب التوحد، كما وجد أن نسبة انتشاره بين الأطفال الذين يولدون أخوة لأطفال يعانون من اضطراب التوحد يصل إلى (4. 5 ٪) بينما ينتشر في المجتمع الأمريكي عامة بنسب أقل من ذلك بكثير (20-10) حالة من بين عشر آلاف مواطن، وفي هذه الدراسة ذاتها يتضح من الإحصاء التحليلي أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لأخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد 215 ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع .

ويعني هذا إن احتمالات ولادة أطفال يعانون من اضطراب التوحد أكثر بكثير عندما يكون لهم إخوة يعانون من الاضطراب ذاته، حيث وصلت النسبة إلى (8، 6 ٪) وإذا كان



الطفل المعوق الأول ذكراً، فإن هذه النسبة تكون 7 ٪ ولكنها ترتفع إلى (14، 5) إذا كان الطفل السابق أنثى.

ويرى أنه بسبب عدم الاتفاق عن تعريف Definition الاضطراب فإن الأبحاث السابقة حول انتشاره غالباً تتضمن دراسة الأطفال الذين يتصفون بخصائص وصفات مختلفة أحياناً، إلا إن الدراسة التي قام بها جيلبرج 1994) Gillberg) والتي استعمل فيها معيار روتر لتشخيص التوحد والذي يشبه المعيار الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM III) في تشخيصه للاضطراب وقد استعمل في دراسته أطفالاً من مناطق قروية في السويد لأكثر من 15 سنة، ووجد أن معدل حدوث اضطراب التوحد الطفولي خلال هذه الفترة كان بمعدل (5-2) لكل (10000) عشر آلاف طفل وتدل هذه الدراسة على حدوث الاضطراب أقل من تلك التي توصلت إليها الدراسات الأخرى فقد قدرت بعض الدراسات نسبة حدوث الاضطراب بين (5-4) حالات في كل (10، 000) عشر آلاف ولادة .

واستندت هذه النتيجة إلى دراسات وبائية من بيئات مختلفة إنجليزية ودنمركية وسويدية، أما دراسة وينج (1978) Wing فقد قدرت النسبة بحدود (8) ثمانية لكل (10، 000) عشر آلاف ولادة، في هذه الدراسة اهتم وينج بالبحث عن 47 طفلاً يعانون من إعاقة اجتماعية أكثرهم يعانون من الصمت Mutism ومن الترديد Echolalia وبعض السلوك النمطي وهذه الأعراض هي ما يميز اضطراب التوحد وباستخدام المقابلة Interview صنف (وينج) الأطفال الذين يعانون من النمطية الروتينية المتكررة في السلوك عن أولئك الذين لا يظهرون مثل تلك النمطية وتبين له أن المجموعة الأولى (ذوي السلوك النمطي المتكلف) لهم تاريخ سابق في التوحد النمطي وبنسبة (9-4 لكل 10 آلاف طفل).

أما المجموعة الثانية فكانت النسبة (16 لكل 10 آلاف طفل) أما معدل الحدوث الكلي للأعراض الثلاثة مجتمعة (الصمت، الترديد، النمطية التكيفية في السلوك) فكانت بحدود(10 لكل 10 آلاف) حالة.

ويرى قاسم أن ذلك يدعم الفرضية التي تؤكد بأن اضطراب التوحد يحدث على طول خط متصل Continuum وبدرجات متفاوتة من الشدة وأنه في حالات متوسطة الشدة تكون نسبة حدوث الاضطراب أعلى من نسبة حدوثه في الحالات الخطيرة منها، وهناك العديد من الدراسات التي أجريت في اليابان، استخدمت بها تقنيات ومعايير تشخيصية متنوعة، تبين أن معدل الاضطراب قد بلغ 16 حالة لكل 10 آلاف طفل، وأن 139 طفلاً من

هؤلاء المفحوصين كانت أعمارهم دون 36 شهراً وكان عشرون طفلاً من هؤلاء المفحوصين قد تمت متابعتهم حتى بلغت أعمارهم بين (6-3) سنوات.

إن نسبة انتشار اضطراب التوحد في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن، حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال مضطربي التوحد، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادراً وإن مثل هذه المراكز في غالبيتها تعد مراكز أهلية، كما إنه لا يوجد اهتمام بهذه الشريحة وأن معظمهم يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقلياً وبالتالي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية، وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم في مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفون عقلياً وليس لمضطربي التوحد.

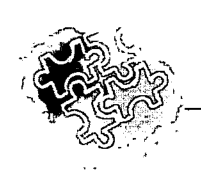
ويذكر عبد الرحمن سليمان (2002) إن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (2500-1) واحد إلى ألفين وخمسمائة من بين الأطفال وقد تظهر بشكل تدريجي كما قد تظهر بشكل فجائي من عمر سنتين وثلاث سنوات بعد أن يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نمواً طبيعياً.

- وبالنسبة لانتشار اضطراب التوحد في الدول العربية فلا توجد في حدود علم الكاتب دراسات علمية دقيقة لجميع البلدان وإنما هي نسب تقديرية، ولا بأس من الإشارة لبعض الجهود المطروحة في هذا المقام فيما يلي:

في إشارة من عثمان فراج (1996) إلى أن نسبة الانتشار للاضطراب في مصر تقدر ما بين (1000 – 2000) طفل.

وفي السعودية يقدر المغلوث عند أطفال الذاتوية ب (6000) طفل عام 2000م وفي دراسة أجراها (جار الله، الوزنة، الأنصاري، والحازمي، 2006) بعنوان "الذاتوية واضطراب النمو المماثلة لدى الأطفال السعوديين" وقد استمرت الدراسة الميدانية مدة ثلاثة أعوام، واستهدفت الأطفال السعوديين من عمر الولادة – 192 شهراً (أقل من 16 سنة) وطبقت على عينة مكونة من (57110) طفلاً تم اختيارها بطريقة عشوائية متعددة المراحل بحيث تكون ممثلة لجميع الفئات والمستويات الاجتماعية والثقافية في السعودية.

وتعرض سهى أمين (2001) لبعض الدراسات أيضاً التي أشارت إلى أن اضطراب التوحد يحدث فيما يقرب من 10-15 طفل من بين 10000 طفل في بلد في مثل حجم الولايات المتحدة الأمريكية.





أسباب اضطراب التوحد

الأسباب Causes

لقد تعددت النظريات المفسرة لاضطراب التوحد (الذاتوية) وما زالت الأسباب غير معروفة، فقد ظهرت العديد من النظريات التي حاولت تفسيره، ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو مسؤولاً عن حدوثه .

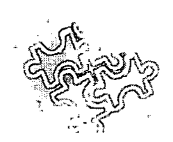
ومن الجدير بالذكر إن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز 10 ٪ تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي 90 ٪ تقريباً أو يزيد من الحالات لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين تعزو له نشوء هذا الاضطراب ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد.

أولاً العوامل السيكولوجية (النفسية)

هذه النظرية من أقدم النظريات التي حاولت إيجاد تفسير لحدوث الاضطراب والرائد لهذا التوجه كانر Kanner 1949 والتي فسرت اضطراب التوحد على أنه حالة من العزلة والهروب من الواقع الذي يعيشه الطفل نتيجة البرود العاطفي وجمود الوالدين واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها والتي أشبه بالعناية الموجهة للآله.

وهذا يعكس الاضطراب في التواصل الاجتماعي أيضاً نتيجة ظروف البيئة الاجتماعية Socialization غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من الوالدين وفقدان الإثارة العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من دائرة التفاعل الفعال في إطاره الأسري ومن ثم الاجتماعي، كما قد يفسر حدوث الاضطراب الذاتوي وفقاً لذلك كشكل من أشكال الفصام Schizophrenia المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسري غير السوي مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي.

ويرى عمر بن الخطاب خليل (1994) أن مضطربي التوحد من الأطفال غالباً ما تكون بيئتهم أقل فاعلية وأكثر جموداً وانسحابية وغير اجتماعية مما يجعل الطفل شديد الانطوائية فيصعب عليه الاندماج والتفاعل مع الآخرين.



وفي عام 1967 قام المحلل النفسي بيتلهايم Betletheim بعزل الأطفال الذاتويين عن والديهم مؤكداً أن الوالدين الرافضين الباردين يعتبر السبب الرئيسي في توحد أطفالهم وانغلاقهم على ذواتهم مشدداً على ضرورة البرامج التربوية والمداخلة العلاجية التي تساعد هؤلاء الأطفال على إخراج العدائية الوالدية لا الشعورية.

وافترض بتلهايم (Bettelheim 1967) إن السبب الرئيسي لنشوء الاضطراب من الخبرات غير المشبعة، وقد تصور كانر (Kanner 1943) في أول تقرير له عن اضطراب التوحد إن العامل المسبب له هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكرة ومنها افتقاد الطفل الحب والحنان بينه وبين أمه.

ولم يتفق الكثير من العلماء بمنطقية هذه النظرية وأشهرهم روتر Rutter وريملاند Rimland والذين ردوا على بتلهايم باعتباره أكثر المؤيدين لهذه النظرية بعدة نقاط من أهمها:

- إن بعض الأطفال الذين يعانون من الذاتوية مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المريضة الذاتوية.
- الأطفال الذين يعانون من الذاتوية من الناحية السيكولوجية غير اعتياديين من لحظة الولادة.
- إن نسبة الإصابة من الذكور تفوق الإناث بثلاثة أو أربعة أضعاف وهذه النسبة شبه ثابتة.
- غالباً يكون الأخوة للأطفال الذاتويين طبيعيين إلا في بعض الحالات النادرة.
- هناك أطفال طبيعيون غير مصابين بالذاتوية ينطبق عليهم وصف المورثين جينياً.

ويشير O›Gorman 1970 إلى أن فشل العلاقة العاطفية بين الأم والطفل قد يكون مرتبطاً ببعض أنواع الانفصال عن الأم سواء كان هذا الانفصال طبيعياً أو عاطفياً ومعنى طبيعياً هو انشغال الأم عن وليدها بطفل آخر أو بالعمل والغياب لساعات طويلة عن الطفل، أما الانفصال العاطفي فيرجع إلى عدم قابلية الأم والطفل لصنع علاقة توافقية مع بعضهما وربما يرجع ذلك إلى أن الأم فصامية أو تعاني من مرض عاطفي أو متعلقة طفولياً بأمها لدرجة إنها لا تستطيع القيام بدور الأم.

ويرى أنصار هذه النظرية (كانر، اسبيرجر، جولدفارب، بتيلهام) أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديدية فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل أنا Ego الطفل

في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي وبالتالي لم تتح الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

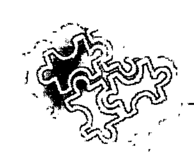
ويعتقد كانر Kanner أن هناك بعض العيوب الفطرية الموروثة تستثار بفعل البرود الانفعالي Emotional Coldness تجاه الطفل التوحدي من قبل الوالدين، وفي حيث يؤكد باحثون آخرون غير كانر على تأثير العوامل السيكولوجية في تنشئة الطفل، وعلى وجهة النظر التي ترى بأنه في وقت ما كانت أمهات الأطفال التوحديين باردات انفعالياً ومنسحبات اجتماعياً، وربما كان يغذي هذه النظرية التكرار النسبي لتواتر القرابة لدى الوالدين من الناحية العقلية والمهنية، وأيضاً من خلال الحقيقة التي ترى أن الأم تعاني من صدود ابنها التوحدي نتيجة عجزه عن الاستجابة لها، وهذا هو السبب إلى أنها لا تميل تماماً إلى إظهار أنها ليست على صلة به وأن العلاقة التواصلية بينهما شبه مقطوعة.

وقدم كانر وصفاً تفصيلياً لآباء الأطفال التوحديين من خلال الدراسة التي أجراها مع ايزنبرغ (1956) Isenberg فوصفهم بالتبلد الانفعالي والبرود العاطفي، والرغبة في الاستحواذ Obsession والعزوف عن الآخرين Detached وأنهم أكثر قلقاً More Anxiety ولديهم ضعفاً في دفء العلاقات الأبوية، وضعف عام في ملامح الشخصية ويميلون إلى الآلية في كل شيء Mechanical كما أن لديهم ذكاء ملحوظ وأكد إن الوالدين لا يرغبان في وجود هذا الطفل

وقد استبعد يونج بمعهد مودزلي بجامعة لندن الأسباب النفسية لهذا الاضطراب واعتبره اضطراباً عضوياً في وظائف المخ Brain Function والإدراك Perception والإحساس السمعي والبصري وخللاً في التواصل، والعلاقات بين الطفل والمجتمع.

ونتيجة للدراسات الحديثة والخبرات الاكلينيكية فإن الافتراضات السابقة حول إعاقة التوحد أصبحت مشكوك بها فوجهة النظر القائلة بإعاقة الطفل توحدياً قد تنتج عن خصائص الوالدين لم تعد مقبولة، ذلك إن التأكيد لم يعد على كون الوالدين كأسباب للاضطراب وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذي تلعبه الجوانب المعرفية والاضطرابات النمائية لدى الأطفال التوحديين أنفسهم.

مع احتمال أن يصاب والدين المضطرب ذاتوياً بنوع من الانطواء جراء الذهول والاستغراب من سلوك ابنهم المضطرب ذاتوياً.



ثانياً/ العوامل البيولوجية

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أهم العوامل المسؤولة عن حدوث اضطراب التوحد وإن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه في مثل هذا الصدد.

وقد يكون من الصعب قبول النظرية البيولوجية عند النظر إلى بعض الأطفال الذاتويين فلا نجد أي سبب طبي أو إعاقة عقلية، أو إصابة بالصرع يمكن أن تعزى لها الإصابة بالذاتوية، وعند دراسة مجموعة من الأطفال مضطربي التوحد نلاحظ أنهم بالفعل يعانون من حالات طبية مختلفة، وهذا مؤشر على أن هناك أسباب بيولوجية خفية وراء كل حالات الذاتوية، وعندما يلحق أياً من هذه الأسباب التلف بأحد أجزاء المخ فإن ذلك يؤدي إلى حدوث خلل في السلوكيات التي يتصف بها الذاتوي (التوحدي).

وقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت على الذاتوية بين التوائم المتطابقة إلى زيادة احتمالية إصابتها باضطراب الذاتوية من التوائم الأخوية، فتؤكد دراسة (Harold & Benjamin 1998) ودراسة Howlin 1998)) على أن الذاتوية ترجع إلى عوامل جينية، فقد لوحظ حوالي من (4:2 ٪) من أشقاء الأطفال الذاتويين يصابون بهذه الإعاقة بمعدل 50 مرة أكثر من عامة الناس، وإن معدل حدوث الذاتوية في التوائم متماثلة هو 36 ٪ بينما في التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوي صفراً، في حين تختلف معها دراسة Micha & Lwgia 1997 التي أوضحت نتائجها إن الذاتوية تحدث بمعدل 96 ٪ في التوائم المتماثلة وتحدث بمعدل 27 ٪ في التوائم غير المتماثلة.

وتؤكد في هذا الاتجاه أيضاً دراسة Howlin 1998 على أن انتشار الذاتوية من الأطفال ولدوا لأخوة يعانون من الذاتوية في أسرهم يزيد 210 ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام ويعني ذلك أن احتمال ولادة أطفال ذاتويين أكثر بكثير يكون لهم أخوة يعانون من الذاتوية.

وأشار ((Bogdashina 2006 إلى أن هناك (3-20) جين مرتبط باضطراب الذاتوية، وأن الجينات المحتملة ارتباطها باضطراب الذاتوية هي:

7، 6، 2، 22، 16، 18 وكروموسوم X.

وترى ريناجوردن وستيوارت بيول (2007) أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دوراً

هاماً في حدوث إعاقة الذاتوية، لكنها ليست وحدها المسؤولة.

ومن المعروف إن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية.

ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلي على وجه التحديد ما يلي:

أ/ زملة الكرموسوم اكس الهش Fragile X Syndrome وهو خلل كروموسومي موروث يؤدي إلى صعوبات في التعليم وإعاقة عقلية.

ب/ الفينيل كيتون يوريا Pheynyl Keton Uria وهو خلل كيمو حيوي موروث يؤدي إلى تكاثر عناصر ضارة في الدم تسبب تلف في المخ.

ح/ التصلب المتعدد Tuberous Sclerosis وهو تشوه جيني موروث ينتج عنه تورمات في المخ والجهاز العصبي، وبقع في أجزاء من الجلد.

1) الأورام العصبية الليفية Neuro Fibromatosis وهو إعاقة جينية موروثة ينتج عنها إصابة الجلد بعلامات تشبه حبات القهوة وخلل في الأعصاب.

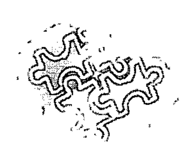
2) التهابات فيروسية واللقاح Viral infection and Vaccination وهي عبارة عن مجموعة من الالتهابات تصيب الطفل وهو داخل الرحم، ومن أهم تلك الالتهابات:

أ/ الحصبة الألمانية Rubella وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم أمه وبسبب الإعاقة العقلية والصمم والعمى وأحياناً الذاتوية.

ب/ تضخم الخلايا الفيروسي Congenital Cytomegalovirus وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم ويؤثر في خلايا الدماغ.

ج/ الالتهاب الدماغي Herpes Encephalitis وهو التهاب يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

وحديثاً زاد الاهتمام بالتطعيمات وخصوصاً التطعيم الثلاثي (MMR) والذي يشمل: تطعيم الحصبة (Measles) وتطعيم دغيم (Mumps)، وتطعيم الحصبة الألمانية (Rubella) كسبب من أسباب الإصابة باضطراب الذاتوية .



إن التطعيم الثلاثي يعطي الحماية ضد الحصبة وأبو دغيم والحصبة الألمانية، ويعمل على تنشيط جهاز المناعة لإنتاج الأجسام المضادة ضد هذه الفيروسات، ويعطى هذا التطعيم للأطفال على جرعتين: الأولى على عمر (12-15) شهراً والثانية على عمر (3-5) سنوات، وإن معظم الأطفال يأخذون التطعيم بدون أي آثار جانبية تذكر، لكن لوحظ أن بعض الأطفال تعرضوا خلال أيام قليلة إلى المرض الشديد، ومن أعراض الصراخ، أكل غريب وشاذ، سلوكيات غريبة، وأنماط غريبة في النوم، وتوقف عن الكلام، والانسحاب من المواقف الاجتماعية، إضافة إلى انتفاخ، اضطراب في الأمعاء وآلام في البطن.

وعارض بشدة وينج من خلال دراسة قام بها في (2001) إلى أنه لا توجد أي علاقة بين اللقاحات وبين الإصابة باضطراب الذاتوية.

وتشير نهلة غندور (2000) إن التوحد مرض جيني له علاقة بكروموزوم Chromosome رقم (7) وكروموزوم رقم (15) وله أسباب بنوية، وتعني بكلمة بنيوية، بنية الجهاز العصبي المركزي، وبخاصة الدماغ، وتشير إلى أن الدراسات في هذا الحقل أظهرت إن هناك اختلافاً في حجم بعض أجزاء الدماغ بين الأطفال المصابين بالتوحد وغير المصابين به، كما أنه اكتشف وجود خلل في نسبة بعض النواقل العصبية Neurotransmitters مثل السيرتونين Serotonin وفي أحجام الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ وان للتوحد أسباب هضمية حيث يفتقر بعض الأطفال المصابين بالتوحد إلى وجود الأنزيمات التي تساعد في بعض المواد الغذائية وبالتحديد الأطعمة التي تحتوي على مكونات الحليب والقمح وإن وجود هذا الخلل يتسبب في تسرب بعض المواد المفككة إلى الدماغ فتؤثر على عمله بشكل سلبي.

وعدم مقدرة الجهاز الهضمي لدى بعض المصابين بالتوحد على الهضم الكامل للبروتين وخصوصاً بروتين الجلوتين (Gluten) والذي يوجد في الشوفان والشعير والحنطة وبروتين الكازين (Gasien) والحليب ومشتقاته فتصبح ذات تأثير مخدر كالأفيون فيتحول الجلوتين والكازين إلى جلومورفين وهي ذات مفعول مخدر لأن الطفل المصاب بالذاتوية (التوحد) لا يستطيع هضم هذه المواد فيؤدي ذلك إلى ظهور أعراض وسلوكيات ذاتوية.

ومن أشهر الاضطرابات الأيضية ما يلي:

أ/ اضطراب في التمثيل الغذائي للبيورين Abnormalities of Purina Metabolism

وهو خلل في عدد من الأنزيمات قد يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بصفات سلوكية ذاتوية.

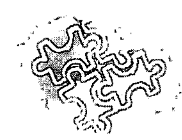
ب/ اضطراب التمثيل الغذائي للكربوهيدرات Abnormalities of Carbohydrate
وهو خلل في قدرة الجسم على تمثيل وامتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام .

ء) مشكلات في الجهاز العصبي المركزي قبل الولادة، أثناء الولادة وبعد الولادة (Pre– peri- and Postnatal CNS insult) إن أي شيء يعترض تطور الدماغ الطبيعي أثناء فترة الحمل سيؤدي ذلك إلى تأثيرات طويلة الأمد على الجوانب الحسية واللغوية والوظائف العقلية والاجتماعية للطفل، ومن هذه العوامل مرض الأم أثناء فترة الحمل، مشاكل أثناء الولادة كتعرض الجنين لنقص الأوكسجين أو بعد الولادة مباشرة .

ويوضح (Mehr 1993) إلى إن الإصابة بالحصبة الألمانية بفيروس Cytomegalovirus Virus من العوامل التي تمثل خطر قبل الولادة وفي تقارير بحوث Bernared 1995 تبين وجود خلل نسيج مركز ساق المخ Brain stem والذي يعرف باسم جهاز التنبيه التشابهي، وهو التقييم الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستشارة والانتباه والنوم فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسية لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به.

وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين وأيضاً المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين كما تشير بعض الدراسات إلى أن العقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل لها تأثير على الأجنة، والنتيجة هي ميلاد طفل ذاتوي (توحدي).

كما أثبتت بعض الدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وانجلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي الأكثر لدى أطفال الذاتوية منها في غيرهم من الأسوياء، أو حتى المصابين باضطرابات أخرى، كما يلاحظ وجود عيوب خلقية لدى الذاتويين أكثر من أشقائهم ومن أقرانهم الأسوياء، وهذا يشير إلى وجود مضاعفات مهمة حدثت في الشهور الثلاثة الأولى.



ويذكر أن هناك مضاعفات عديدة تحدث أثناء الولادة وتكثر في ولادة الأطفال الذاتويين عن غيرهم مثل الولادة المبكرة والأطفال المبسترين وتأخر الولادة.

وإن الصعوبات الشديدة التي تحدث خلال الولادة كنقص الأوكسجين يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغي وباضطرابات ذاتوية.

كما وتؤكد دراسة محمود الدفراوي 1998م التي تناولت هذه العوامل الولادية وقبل الولادية على عينة مكونة من 37 طفلاً تم تشخيصهم على أنهم ذاتويين، وقام الباحث بمعرفة المشاكل التي حدثت لهم أثناء فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة، كما قام بدراسة المشكلات التي واجهت الأم أثناء ولادة أخوة هؤلاء الأطفال الذاتويين، وقد وجد ان هناك زيادة في المشاكل أثناء ولادة الأطفال الذاتويين ذات دلالة إحصائية أكبر من التي رصدت لدى إخوة هؤلاء الأطفال.

ويشير عثمان فراج (2003) إلى أنه من المؤكد أن للوراثة دور كعامل مسبب ولكننا لا نعلم بالضبط ما هو هذا الدور، هل هو مباشر نتيجة جين معين (وفي الغالب أنه نتيجة أكثر من جين واحد) وما هو هذا الجين أو الجينات وما هو الكروموزوم التي يحملها وعلى أي موقع على الكروموسوم يقع أو أنه تأثير غير مباشر بمعنى أن وجود جين معين أو مجموعة منها يؤدي إلى قصور عضوي أو وظيفي مثل حالة قصور التمثيل الغذائي PKU أو خلل كروموسومي كما يحدث في العديد من حالات التخلف العقلي، مثل متلازمة داون O.S أو كروموسوم × الهش أو تؤدي إلى خلل في إفراز الناقلات العصبية Neurotransmitters مثل السيرتونين أو إلى نقص أو قصور في جهاز المناعة.

وإلى جانب كل ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي:

1) تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب ويعد الشذوذ في الكروموزوم رقم 13 من أكثر الحالات شيوعاً ومن المعروف أن شذوذه مرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher›s Syndrome التي تعد اضطراباً جينياً.

2) إن هناك عدد من الجينات يتراوح من 3-5 جينات تشترك جميعها في حدوث اضطراب التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الفرد مع العلم بأنها غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومي، وإذا قل هذا

العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

3) إن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال مضطربي الذاتوية (التوحد) تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي Perking Cells بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي Limbic من جانبهم.

4) نقص طول ومحيط جذع المخ Brain Stem لديهم علماً بأن جذع المخ يلعب دوراً حيوياً في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال.

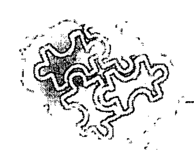
5) عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية Facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسؤولة بالتالي عن التعبير اللفظي، بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا Super olive وهي التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية، ومن المعروف أن هذين الجزئين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل.

6) يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.

7) إن حوالي 30 ٪ تقريباً من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتونين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية.

ولعل من أهم ما يثيره العاملين في مجال التوحد من أسئلة مهمة هو ما هو الجزء من المخ الذي يؤدي قصوره العضوي أو الوظيفي وتلف أنسجته أو توقف نموه إلى إعاقة التوحد؟

وهو السؤال الذي لم نعرف بدقة الإجابة عليه حتى الآن، فالبعض يرى أن الأجزاء المرشحة للإجابة على هذا السؤال هي الجهاز الليمباوي Limbic Structure والمخيخ Cerebellum وجذع المخ Brain stein والبعض الآخر يراها كامنة في ساق المخ والبعض يرى أنها قصور في الناقلات العصبية Neurotransmitters ويتكون الجهاز الليمباوي من عدة أجزاء تعمل على توصيل الإشارات العصبية من أجزاء المخ المختلفة إلى جهاتها المختلفة في الجسم مضافاً إليها لمسات انفعالية وقد أظهرت بعض البحوث التي أجريت



على مجموعة من القرود إن تدمير جزء من هذا الجهاز (Amygdale) يؤدي إلى ظهور أعراض تتشابه مع أعراض التوحد عند الأطفال، كما إن جزءاً آخر هو Hippo Campus هو مسؤول عن حفظ الذاكرة قصيرة المدى، وفي دراسة قام M. Bauman/ T.Kemper في مختبر جامعة هارفارد الأمريكية وجدت في هذين الجزأين من الجهاز الليمباوي خلايا عصبية غير مكتملة النضج لم تتمكن من الهجرة إلى مواقعها المحددة في مخ الطفل مضطرب التوحد وبالتالي تعجز تلك المواقع عن القيام بوظائفها.

ثالثاً/ العوامل البيئية، العصبية، الكيميائية:

إن الخلل الكيميائي في الدماغ قد يؤثر في الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ والمخيخ، وهذا الخلل في الدماغ في بعض النواقل العصبية في الدماغ.

وقد افترض Krnatiz 1998 عدداً من العوامل المسببة للاضطراب منها قبل ولادية Pre-natal وبعضها ولادية Natal، وبعضها الآخر بعد ولادية Post-natal وأنها تحدث خللاً في المخ وإن ربع الحالات تعود لمثل هذه العوامل وتنحصر في الحالات التي تسبب إصابة الطفل في الدماغ قبل الولادة أو أثناؤها أو بعدها مثل إصابة الأم بإحدى الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين أو استخدام آلات جراحية... الخ أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الأم للنزيف قبل الولادة أو لحادث أو كبر سن الأم

ويشير محمد قاسم (2001) تزيد نسبة ولادة أطفال مضطربي التوحد عند الأمهات اللواتي يحملن بعد سن الخامسة والثلاثين كما أن نسبة ولادة مثل هؤلاء الأطفال تزيد بين المواليد الأوائل، وذلك حين تكون جميع العوامل الولادية وقبل ولادية مجتمعة مع بعضها.

وكذلك حالات الاختناق أثناء الولادة وما تسببه من تلفاً للدماغ تهيئ الفرصة لحدوث التوحد وكذلك التهاب الدماغ، وتشنجات الرضع Infantile spasms والالتهاب السحائي Meningitis.

ويؤكد محمد حمودة (1991) على وجود اعتقاد بأن الحالات التي تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة أو أثناؤها أو بعدها تهيئ لحدوث الاضطراب ونضرب أمثلة لذلك قبيل إصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella والحالات التي لم تعالج من T.S. PKU والاختناق أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع.

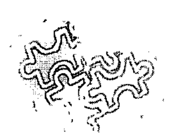
ويشير هيلي وروبرت (1965) بأن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتريبتوفان Tryptophan وقد توصل ساكين وآخرون أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال مضطربي التوحد باستخدام استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من السلوك النمطي، وأن التوحد ينشأ من زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ .

والدوبامين هو ناقل عصبي يشتمل على عمليات الانتباه العمليات الإدراكية ويلعب دوراً في ظهور السلوكيات الذاتوية مثل الطقوسية والنمطية والنشاط الزائد، إضافة إلى ظهور اضطرابات حركية لدى الذاتويين.

أما كامبل وآخرون (1991) Campbell et al فقد أشار إلى وجود علاقة عكسية مقارنة بين معدل بلازما السيرتونين في الدم والوظائف العقلية لدى التوحديين وعند مقارنة عشرة من الأطفال التوحديين بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخرون Cohon et al ارتفاع السيرتونين في الدم ونقص في Hydroxyindoleacetic-5 في سائل النخاع الشوكي Cerebrospinal Fluid معدلات ذات دلالة منتظمة لدى الأطفال التوحديين وكذلك ازدياد معدلات حمض الهموفونافيليك Homovanilic Acid لديهم.

ويعد السيروتونين من النواقل العصبية المهمة جداً في الجهاز العصبي المركزي وهو مسؤول عن العديد من الوظائف والعمليات السلوكية كإفراز الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي، وقد أشارت بعض الدراسات إلى ارتفاع نسبة السيروتونين في الدم لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد مقارنة مع الأفراد العاديين. وإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب إذا تناولوا الفنفلورامين Fenfluramine الذي يخفض مستوى السيروتونين في الدم فإن الأعراض الذاتوية سوف تقل ويظهر تحسن في الكلام والسلوك الاجتماعي ودرجة الذكاء

كما أشارت الدراسات حول هذا الاتجاه إلى أن نسبة ايندورفين في الجهاز العصبي المركزي يؤدي إلى ظهور أعراض ذاتوية، ويحفز سلوك إيذاء الذات وترى نهلة غندور (2000) أن أحد أسباب الإصابة باضطراب التوحد هو وجود خلل في عدد الخلايا العصبية في بعض من أجزاء الدماغ مع اختلاف حجم بعضها وقلة عدد التشابك فيما بينها، مقارنة مع الأطفال غير المصابين بالاضطراب، فمن المعروف علمياً إن عملية التعلم والإدراك تجري في الدماغ على شكل تكاثر كمية التشابك بين الخلايا وليس على شكل



ازدياد في عدد الخلايا العصبية، ولذلك فإن انخفاض عدد هذه الشبكات العصبية يمكن أن يدل على فقر في التجارب وفي المعلومات مما يحدو بالطفل المصاب بالتوحد إلى السلوك الذي يدركه دون تفريق بين اختلاف المواقف التي يتعرض لها.

ويرى كندول (Kendal (2000 إن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال مضطربي التوحد ومن المعروف إن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعد المسؤولة عن حدوث التواصل، ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب أو يمكننا من خلالها أن تفسر السبب الذي يجعل الأطفال مضطربي التوحد يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأمراض التي تميز هذا الاضطراب، والتي تعتبر بمثابة الملامح الأساسية المميزة له وعلى رأسها الاضطراب المعرفي والاجتماعي في الوقت ذاته، وإن الأسباب البيولوجية متعددة وليس سبباً واحداً وقد حدثت في الوقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية.

ويضيف (Rutter et.al (1994 إنه ليس هناك سبباً طبياً محدداً نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسؤول عن حدوث هذا الاضطراب فعند فحص غالبية حالات التوحد لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح من 5-10 ٪ من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها.

كما ويرى البعض إن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ من نقص الأنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه الإصابة بالتوحد المصحوب بالتخلف العقلي.

كما إن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عنه عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس وهذا ما يحدث لدى الأطفال مضطربي التوحد ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة لهم

وأكد ذلك بحث أجرى في جامعة سياتل على عينة مكونة من 192 طفلاً توحدياً تبين من فحص M.R.I (الرنين المغناطيسي للمخ) وجود تلف في الفص الصدغي Tempered lope في 29 حالة من تلك الحالات، فإذا علمنا إن هذا الفص توجد عليه مراكز الفهم

والتفاعل الاجتماعي فإننا نستطيع الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد، حيث يعتبر القصور الاجتماعي من أهم أعراضه .

في النهاية يصعب تحديد المسببات التي تكمن خلف الإصابة باضطراب التوحد فلا يمكن الحسم بأن الخلل العضوي أو العصبي يعد المسبب الأساسي، كما ويصعب القول بأن الظروف البيئية أو النفسية أو الاجتماعية هي وحدها المسبب الأساسي لهذا الاضطراب ولكن يمكن الوثوق الجدلي بأهمية العوامل الأسرية التربوية هي من تزيد حدة هذا الاضطراب أو إنها يمكن أن تكف من حدته وذلك بالاهتمام المتزايد الدؤوب بالطفل وجعله يلحق بالسلم التطوري ومواكبة الواقع.

ويذكر عثمان فراح (2003) لبعض العوامل البيئية التي قد تسبب حدوث الاضطراب على النحو التالي:

1) التلوث الكيميائي بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ وغيرها Heavy Metals، Environmental Pollution.

2) أحد صور خلل التمثيل الغذائي Metabolism مثل حالات PKU أو مرض السكري Diabetes.

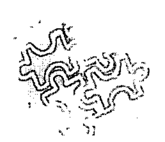
3) خلل أو قصور في الجهاز المناعي Immuleintalle.

4) إصابة بكتيرية أو فيروسية مثل التهاب الغدد النكافية أو التهاب الكبد الوبائي مثل Hepatitis-B أو الايدز Aids أو نقص المناعة المكتسبة أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية.

5) انقطاع وصول الأكسجين إلى مخ الجنين أثناء الحمل أو الولادة العسرة أو بسبب التسمم بأول أكسيد الكربون.

6) يعتقد بعض المتخصصين أن لبعض الفاكسينات التي يحض بها الأطفال في مرحلة المهد هي العامل المسبب للتوحد (وبالذات التطعيم الثلاثي للحصبة) والحصبة الألمانية والتهاب الغدد النكفية (MMR) وبالرغم من إنه تتوافر بعض الأدلة على ذلك فإن أحد منها لم يكن قاطعاً أو حاسماً أو تفتقر إلى المنهجية العلمية والأدلة الصارمة.

7) يربط بعض الباحثين بين التوحد وبعض البروتينات التي تتكون في معدة بعض الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في تمثيل وهضم Rogue Peptides وإن هذه المواد تعرقل عمل الناقلات العصبية Neurotransmitters والهرمونات والتي تصل



إلى مخ الطفل مع الدم بما يؤدي إلى إعاقة نمو المخ أو تلف بعض خلاياه وبالتالي الإصابة باضطراب التوحد.

8) يرى البعض أن هناك علاقة سببية بين التوحد والقصور الذي يصيب جهاز المناعة عند الطفل نتيجة حساسية عالية لبعض المواد الغذائية (مثل كازين اللبن أو جلوتين القمح) التي يتناوله بما يؤدي إلى مهاجمة خلايا المخ وتلفها وبالتالي الإصابة بالاضطراب التوحدي.

ويضيف عادل عبد الله (2004) بأن هناك العديد من الأسباب البيئية التي تؤدي للإصابة باضطراب التوحد وربما إلى التخلف العقلي أهمها:

1) تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيماوية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدي إلى ذلك.

2) التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد تؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.

3) التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (x) أو التسرب الإشعاعي أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد.

4) التعرض للأمراض المعدية وخاصة تعرض الأم الحامل لها وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.

5) تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار التاليدوميد Thalidomide الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد بل وإلى التخلف العقلي كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.

6) تعاطي الأم للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين

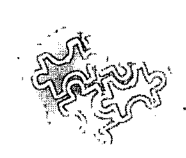
للكحوليات Fetus Alcohol Syndrome 4 وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى التخلف العقلي أو اضطراب التوحد

وتسوق لنا كل من فضيلة الراوي، وآمال حماد (1999) إن العوامل البيئية هي المسببة للذاتوية، حيث أشارت بعض الدراسات إلى حدوث خلل في الجهاز العصبي يتجه الارتطام أو الحوادث المختلفة التي تصيب الرأس، وارتباطها بالإصابة باضطراب التوحد، فقد لوحظ وجود تشابه في الأعراض بين اضطرابات النفسية والسلوكية الناتجة عن تلف في الجزء الأيسر من المخ وبين سلوكيات هؤلاء الأطفال ومهاراتهم اللغوية والمعرفية.

رابعاً/ الأسباب العصبية:

قد ترتبط الذاتوية باضطراب دماغي ناشئ من أصل عصبي أي اضطراب في الخلايا العصبية للمخ وخاصة المتعلقة بالفص الصدغي والمخيخ، ويظهر التخطيط الكهربائي للدماغ (E.E.G) في حالات الذاتوية بعض التغيرات في الموجات الكهربائية حوالي (20-65 ٪) من الحالات، وظهور حالات نوبات الصرع مع تقدم عمر الطفل الذاتوي وقربه من مرحلة المراهقة في حوالي (30 ٪) من الحالات وخاصة في حالات الذاتوية المصاحبة للإعاقات الذهنية والتصلب الدوني والحصبة الألمانية كما وإن حالات التوحد معرضين للإصابة بالصرع بنسبة 33 ٪ وخاصة عند سن البلوغ وبينت دراسات أخرى وجود تضخم في التجويف الدماغي مع اتساع غير متكافئ في الفص الأمامي والأيسر لدى المصابين بالذاتوية.. ووجد Bauman and Kemper (1994) ضموراً في حجم الجهاز العصبي وزيادة في كثافة الخلية في الجهاز اللمبي (وهو جزء من الدماغ يشتمل على الاستجابات العاطفية) وبناءً على هذه النتائج اقترح بومات وكامبر أن الأطفال الذاتويين يعانون من اضطرابات في اميجدلا (Amygdala) وهي جزء من الدماغ مسؤولة عن المشاعر والسلوك، بينما الأطفال الذين يعانون من الذاتوية ذوى الوظائف المتدنية يعانون من اضطرابات واسعة في أجهزة اللمبة الأخرى.

كما لوحظ إن الأفراد الذاتويين يجدون صعوبة بالغة في فهم مشاعر وأفكار الآخرين مع ضعف قدرتهم على التنبؤ إضافة إلى نقص في التفاعلات الاجتماعية والتواصلية والتخيلية وذلك نتيجة عدم نمو الأفكار لديهم.





أعراض وخصائص اضطراب التوحد

الأعراض Symptoms

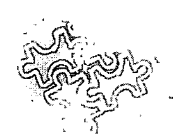
لاشك بأن التعرف على الأعـراض الحقيقية لهذه الإعاقة أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم لأن بعض هـذه الأعـراض قد تتشابه مع أعـراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالتخلف العقلي أو صعوبات وإعاقات التعلم Learning Disability and Mental Retardation وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولي Childhood Schizophrenia أو الاكتئاب Depression فإن من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي:

1) إنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من اضطراب التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى.

2) قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض من الظهور وقد تظهر من خلال السنة الأولى بعد الميلاد، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل.

ويصف رمضان القذافي (1994) أعـراض التوحد بقوله إنه على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا إنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي Social Behavior Disorder والانفعالي والذهني كما يضيف أن هذه الحالة (مرض التوحد) يتميز بشكل خاص بعدم القدرة inability على الانتماء للآخرين حسياً أو لغوياً واضطراب الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات Activities الاجتماعية.

وقد أشار كل من Orintis & Ritvo (1973) إلى إن إعاقة التوحد يجب التعرف عليها من ملاحظة السلوك وإن هذه السلوكيات تحدث كمجموعات من الأعراض وتعكس شذوذ النمو وتتضمن هذه الجوانب تنظيم الإدراكات، أنماط الحركة، المقدرة على التعلق، اللغة، والسرعة في النمو ومع أنهما لا يوافقان وجهة النظر القائلة بأن إعاقة التوحد يجب أن يتم



التعرف عليها وتشخيصها كزملة أعراض سلوكية إلا أن أورنتز ورتفو يضيفان أنه يجب اعتبارها مرضاً ووجهة نظرهما تلك لها ما يبررها فهما لا يعترفان بوجود عرضاً بمفرده أو مجموعة من الأعراض تحدث بشكل متزامن، علاوة على أنه لا يوجد عرض واحد أو مجموعة من الأعراض تدل على وجود المرض، وذكرا بالإضافة لما سبق أن الفشل في النمو لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقة التوحد سببه اضطراب تنظيم الإحساس.

ويشير محمد حمودة (1991) في تناوله للأعراض المصاحبة لإعاقة التوحد إلى أن الطفل الأصغر سناً يكون أشد إصابة وأكثر إعاقة والأعراض المصاحبة أكثر وأنها قد يشمل:

1) شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من التخلف العقلي، غالباً متوسط الدرجة ومعامل ذكاؤه (49-35) Moderate Mental Retardation.

2) شذوذ الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.

3) الاستجابات الغريبة للمثيرات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم أو الحرارة أو البرودة) بينما يظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة (مثل قفل الأذنين بواسطة كفوف الأيدي تجنباً لسماع صوت معين، وتجنب ملامسة أحد) وأحياناً يظهر انبهاراً ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للضوء.

4) شذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع معينة، أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ ليلاً بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس).

5) شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث، والقلق العام والتوتر.

6) سلوك إيذاء النفس Self-Injurious Behavior مثل خبط الرأس في الحائط أو عض الأصابع أو اليد وقد يصاحبها أعراض بالإضافة إلى ما سبق اضطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الاكتئاب.

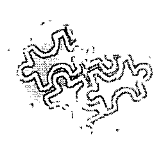
ويرى كوجيل وآخرون Koegel et al (1982) إن الأطفال مضطربي التوحد تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي Social withdrawal والانطواء على النفس وعدم القدرة على

إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة والقدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط Hyperkinesias.

ويضيف ريتشارد سوين (1979) إن الأطفال مضطربي التوحد يكونوا على درجة غير عادية من حسن الصحة والجاذبية وبأنهم ينحدرون من آباء أذكياء وعلى درجة عالية من التعلم فإذا وصل الرضيع إلى الشهر الرابع يصاب بالتبلد وعدم الاكتراث بالناس وتجده يجلس وحيداً وهناك أعراض أخرى من بينها التأرجح أو ضرب الحائط بالرأس والإصرار على أن تظل البيئة دون تغير، أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد أكبر من الأخرى، ويبدي الانشغال بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجه أحد وكثيراً من الآباء يعتقدون الصم في أطفالهم مضطربي التوحد بسبب قلة الاستجابة لديهم والهلاوس لا وجود لها، كما إن الأطفال الاجتراريين (مضطربي التوحد) إما أن تعوزهم الكلمات أنا أو نعم وإما أن يستخدمونها في كلامهم ولكن بدرجة قليلة جداً.

ويؤكد كمال الدسوقي (1988) أعراض الاجترار الطفولي المبكر (التوحد) مشيراً إلى أن كانر Kanner يستخدمه للإشارة إلى الأطفال الذين يكون ملحوظاً عليهم منذ بدء حياتهم الانسحاب المبالغ، وبعد المنال للاستغراق في الذات، وعدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الناس، ومثل هؤلاء الأطفال يكشفون عن وحدة مفرطة، ورغبة قلقة متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي Statuesque بالإضافة إلى صعوبات اللغة شائعة وتشمل البكم Mutism واستعمال النفي اللفظي كوقاية سحرية من الأحداث غير السارة، والنص الحرفي وعدم قبول مرادفات أو مختلف دلالات تقيس العبارة والنوع الترجيحي (المصاداة) Echolalia في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير أنت ولمخاطبة بضمير أنا نمط شائع وله دلالة على نوع المرض، كما أنهم يتفوهون بكلمات لا معنى لها أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث وتمثل تحولات خاصة ومجازية داخل النفس، وصوت مثل هذا الطفل يفقد النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية ويبدو أنه غريب عن الشخصية ذاتها ومن المحتمل أن الكثير من مثل هذه إن لم يكن كلها تمثل فصام الطفولة.

ويسوق فتحي عبد الرحيم (1990) إلى أعراضه في ضوء ما أورده كلاً من Telford and Sawary في تصنيفهما للاضطرابات النمائية على أساس مظاهر القلق Anxiety والانسحاب Withdrawal والعدوان الذي يتميز بالعنف Aggression ووضعوا إعاقة التوحد ضمن مظاهر الانسحاب من



الواقع Withdrawal From Reality وأنها حالات تتميز بما يلي:

1) الانفصال عن الواقع.

2) القصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين.

3) الترديد الآلي (المصاداة) للكلمات والمقاطع التي ينطق بها الآخرين المحيطين به.

4) الجمود بمعنى المحافظة على نفس الأشياء ومعارضة أي تغيير في الروتين المعتاد.

5) الثبوت ويعني التكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.

كما أورد سبيزر (1987) Spitzer إن أعراض التوحد تنحصر في ثلاث عناصر رئيسية هي:

1) اضطراب كيفي في التفاعل الاجتماعي.

2) اضطراب في التخيل والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

3) الانغلاق على النفس وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية.

ويقرر رمضان القذافي (1994) أعراض التوحد على إنها:

1) اضطراب الكلام أو عدم الكلام مطلقاً وفي هذه الحالة إذا ما تكلم الطفل فإن كلامه يكون غريباً وغير مفهوم أحياناً ولا يعمل الأطفال مضطربي التوحد عادة على محاكاة غيرهم أو حتى تقليدهم في الكلام مثلما يفعل نظراؤهم من الأطفال العاديين.

2) ابتعاد الأطفال عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيرهم وعدم الرغبة في صحبة الآخرين أو تلقي الحب منهم وأهم ما يلاحظ في هذا الصدد هو عدم استجابة الأطفال لانفعالات الوالدين أو تبادلهم نفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات عن طريق غيرهم من البشر ويظل الطفل معظم وقته ساكن لا يطلب من أحد الاهتمام وإذا ما تبسم فإنما يكون للأشياء دون الناس كما أنه يرفض الملاطفة والملاعبة ويعمل على تجنبهما.

3) ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف.

4) اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى، ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة وتشغيل الأقفال، كما قد يجيدون عمليات

حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين، وقد يبدي بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية.

5) إظهار الطفل للسلوك النمطي المتصف بالتكرار وبخاصة في اللعب ببعض الأدوات بطريقة معينة أو تحريك الجسم بشكل معين بالأشياء فقد يستغرقون في تكرار عمل الأشياء نفسها بشكل متكرر ودون كلل.

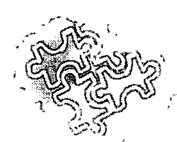
6) كثرة الحركة أو ميل الأطفال إلى الجمود وعدم الحركة فقد نجد بعض هؤلاء الأطفال كثيري الحركة Hyperkinesias ولا يميلون إلى السكون، بينما يبقى بعضهم الآخر في حالة عزلة عن العالم حسياً وحركياً.

7) عدم الإحساس الظاهر بالألم وعدم تقدير هؤلاء الأطفال للمخاطر التي يتعرضون لها والتي يعيدون التعرض لها المرة تلو المرة، على الرغم من الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

8) ظهور الأطفال بمظهر الاختلاف عن الآخرين مع سرعة الانفعال في حالة تدخل أحد في شؤونهم وشدة غضبهم الذي يظهر فجأة وتبدو هذه الصورة بوضوح في حالات الأطفال الذين لا يتعدوا خمس سنوات من العمر على وجه الخصوص.

9) الميل إلى الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات بحيث يبدو الطفل وكأنه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يعمل على الاستجابة لبعض الأصوات بشيء من المغالاة أحياناً أخرى، ويبدو واضحاً إن هؤلاء الأطفال يكرهون سماع بعض الأصوات في نفس الوقت الذي لا يستجيبون فيه لغيرها من الأصوات.

ويشير علاء كفافي (2001) إلى إن ليوكانر Leo Kanner هو أول من وصف هذا الاضطراب في بداية الأربعينات وهو يشير إلى الاختلالات الاجترارية Autistic Disturbances التي توجد في الاتصال الوجداني Affective Contact ووجد إن هناك أعراضاً تظهر عند مجموعة من الأطفال تتجمع عند عجز الفرد عن التواصل مع الناس بالطرق العادية وبالقدر الكبير من التضرر في استخدام اللغة حيث يميل الطفل إلى تكرار ما يسمع بدلاً من أن يستجيب له وإلى أن يستبدل الضمائر بدلاً من أن يستخدمها حسب ما يقتضيه المعنى على ميل إلى حفظ مواد ليس لها قيمة وبدون فهم دقيق لمعانيها، مع تفضيل الكائنات غير الحية على الكائنات الحية وقد اعتمد (كانر) على وجود هذه المجموعة من الأعراض وقال بوجود زملة مرضية جديدة وقد أطلق عليها الاجترارية



الطفلية Infantile Autism وقد كان هؤلاء الأطفال قبل ذلك إما أن يشخصوا كمتخلفين عقلياً أو أن يشخصوا كفصاميين.

كما وقد توصل عفيف الرزاز، وشرف الدين (1994) إلى وجود سمات أساسية للطفل التوحدي وهي:

1) عندما يكون رضيعاً لا يستجيب للحمل والاحتضان.

2) لا يبدو عليه أن يعرف ويعي بذاته ويحاول دائماً اكتشاف جسده.

3) يتمسك بطعام معين، ويمشي بطريقة ثابتة ويغسل يده بنمط محدد.

4) القلق الاستحواذي بأشياء معينة (التمسك بكوب معين أو لعبة معينة) ويشعر بالحزن عند أخذها منه.

ويذكر لطفي الشربيني (2000) إن أعراض التوحد لا تظهر واضحة في العام الأول أو الثاني للأطفال الذين يصابون فيما بعد بالتوحدية، فيما عدا بعض علامات العنف والمقاومة والرفض عند قيام الأم برعايته، أو العكس من ذلك الهدوء الزائد وعدم المبالاة أو الاستجابة للمحيطين به وتبدأ الأعراض المرضية في الظهور بعد العام الثاني وأهمها:

1) يبدو الطفل التوحدي بمظهر جذاب وصحة جيدة ولكن يكون منعزلاً هادئاً ويقوم بنشاط متكرر مهتماً بشيء ما يستخدمه في اللعب مثل حجر صغير أو علبة فارغة ويثور إذا أخذ منه هذا الشيء ويدخل في نوبة انفعال.

2) الاستجابة للمؤثرات والأصوات تكون غير طبيعية، وقد يتجاهل الطفل التوحدي صوت مرتفع بينما يستجيب لصوت آخر ويجد صعوبة في فهم اللغة ويبدو وكما لو أنه لا يفهم الكلام عموماً ولا يرد على من يناديه باسمه وبعض هؤلاء الأطفال لا يتكلم نهائياً ويقدرون بحوالي 50 ٪ منهم بينما يكرر البعض الآخر كلمات قليلة في تكرار أجوف كالببغاء كما أن لديهم بعض العيوب في نطق الكلمات والحروف.

3) لا يستطيع الطفل التوحدي فهم الأشياء التي يراها، وهو يركز على جزء فقط من الصورة حين تعرض عليه ولا يمكن فهم الإشارات أو تقليد حركات الآخرين المعبرة وتصدر عنه حركات جسدية غير مألوفة مثل الدوران حول نفسه أو القفز أو التصفيق أو السير على أطراف الأصابع.

4) بعض هؤلاء الأطفال لديهم مظاهر العشوائية وعدم التناسق في أداء الحركات مما يزيد من صعوبة تعليمهم خاصة بالإضافة إلى أنهم يتصرفون كما لو إنهم وحدهم ولديهم

مقاومة للتغيير وخوف شديد من الغرباء ولا يستطيعون اللعب مع أقرانهم أو تعلم السلوك الاجتماعي الملائم.

ويعرض محمد صبري (2004) لبعض سمات الأطفال التوحديين على النحو التالي:

1) الاستجابة الدفاعية الغير عادية للمس Tactile Defensive

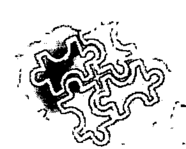
عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال ردة فعل غير مناسب، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد، فنجد هذا الطفل لا يتحمل في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء، مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس وعلى العكس من ذلك فنجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجابتهم ضعيفة لهذه المثيرات، فنجدهم قد لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة.

2) استجابة دفاعية للمثيرات البصرية Visual Defensive وهي استجابة غير طبيعية للمثيرات البصرية، فنجد الطفل يستجيب للأضواء المبهرة استجابات غير عادية، ويمكن أن يضع يداه على عينه، وقد يصاحب ذلك نشاط زائد عند التعرض للضوء.

3) استجابة دفاعية للمثيرات السمعية Auditory Defensive

وهي استجابة غير طبيعية للمثيرات السمعية ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصوات والضوضاء فنجد إن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام، أو أصوات مكبرات الصوت العالية والضوضاء، ويستجيبون استجابات غريبة، بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم أو بأن يضعوا أيديهم على آذانهم.

وترى سميرة السعد (1998) إن هذه الاستجابات الغير طبيعية للمتغيرات السمعية المؤلم حيث يصف الأشخاص المصابون بالألم السمعي بعض الأصوات وكأنها تقطع داخل الأذن "أو تصطدم بعصب مؤلم" هذا الأمر مشابه لما يشعر به بعض الأخصائيين العاملين مع الأشخاص مضطربي التوحد، ولديهم سلوك في الإيذاء الذاتي بأن جذبهم للرأس بقوة قد يكون رد فعل Reaction للأصوات المؤلمة في قوقعة أو عزلة، وذلك لأن بعضهم قد يظهر رد فعل جسدياً للأصوات وبعضهم قد يكون رد فعله أن يعزل سمعه عليها أو يتجاهلها، وهو ما قد يكون سبب عزلة التوحديين وهذا الأمر يجعل آباء هؤلاء الأطفال يشكون بأنهم أصماء، لاسيما قبل تأكدهم من تشخيص حالتهم.



ونظراً لأن هذه الأصوات تكون مؤلمة له فإن نتيجة ذلك أن ينكفئ الطفل على نفسه ويتقوقع على داخله ولا يركز على ما حوله، وثمة مظهر آخر من مظاهر الحساسية الزائدة، يتمثل من أن يستمع الطفل الأصوات من حوله بشدة فتكون الأصوات مكبرة بدرجة عالية بالنسبة للطفل وهو تذكره بعض الأمهات من السمع الخارق لأصوات الطائرات والصافرات قبل وصولها، ومن مظاهر السمع الشديد الآخر الخوف من بعض الأصوات، كصوت غلق الأبواب، أو صوت المطر، وكأنه طلقات البنادق، والماء في الأنابيب كأنها ستنفجر.

ويشير Borden o& Ollendick 1992 إلى بعض الأعراض المبكرة التي يتميز بها هذا الاضطراب في إن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كما يلي:

أولاً/ الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الست أشهر الأولى من العمر:

1- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.

2- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به.

3- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.

4- كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.

5- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال هذه الفترة من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره.

6- يكون خلال هذه الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ.

7- لا يبتسم إلى نادراً.

8- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.

9- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته إنها دائماً ما تكون متوقعة.

10- عادة لا يأتي الطفل بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة.

11- لا يبدي ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانياً/ الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من العمر:

مما لا شك فيه إن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا الصدد العديد من الأمراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره، وهذه الأعراض أو السمات هي:

1) لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية.

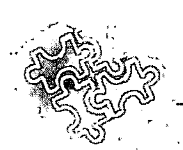
2) لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه.

3) يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي.

4) تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

ويرى (Dorman & Lefever (1999 إنه عندما يصل الأطفال مضطربي التوحد إلى سن المدرسة يبدو عليهم قصور واضح في عدة جوانب في مقدمتها العلاقات الاجتماعية حيث يفشلون في التفاعل مع القائمين على رعايتهم، بل إنهم يفضلون الانسحاب من الموقف والتفاعلات الاجتماعية، كما أنهم لا يبدون اهتماماً بتكوين صداقات كما إن لديهم ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية المختلفة، وتعمل هذه الأمور مجتمعة كما يرى (Herbert (1998 على الإقلال من كم التفاعلات مع المحيط بهم من الآخرين.

وتذهب سميرة السعد (1997) إلى أن مضطربي التوحد يتسمون بالفشل في طلب المساعدة من الآخرين عند الإحساس بالألم أو عند الحاجة إليهم ويبدأ معظم هؤلاء الأطفال كما يرى كندول (Kendall (2000 أن أطفال مضطربي التوحد يتصرفون كما ولو لا يوجد حولهم أي إنسان فلا يردون على من ينادونهم ولا يسمعون لمن يتحدث معهم وإليهم ولا نظهر أي تغييرات على وجوههم، وقد يلجأون إلى العدوان Aggression سواء على الذات من خلال سلوك إيذاء الذات أو تحطيم ما يحيط بهم من أشياء وممتلكات ويصبحون مصدر إزعاج للآخرين بما يسيبونه من فوضى وعصيان ونشاط زائد Hyper Activity وانسحاب اجتماعي Social Withdrawal ويؤدي النشاط الزائد كما يرى يوشيمورا (Yoshimoura (1979 إلى تشتيت انتباه Attention Deficit هؤلاء الأطفال واندفاعيتهم التي تمثل مظاهر نشاطهم الزائد إلى جانب كثرة حركاتهم Hyper Kinesis مما يجعلهم لا يستطيعون اكتساب المهارات التي تحتاج إلى التركيز والانتباه.



ويسوق عثمان فراح (1994) العديد من الأعراض الغاية في الأهمية التي يمكننا التعرف من خلالها على مدى وشدة اضطراب التوحد وهي:

1) **القصور الحسي**: يبدو الطفل التوحدي كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي فإذا مر شخص قريب منه وضحك مثلاً أو سعل أو نادى عليه فإنه يتجاهل كل ذلك وكأنه قد أصيب بالصم أو كف البصر، وما إن تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية، وهذا قد يفسر الفشل في اكتسابه اللغة وكافة وسائل الاتصال الأخرى وكذلك يؤدي إلى قصور في عمليات الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية الأخرى كالتخيل والتذكر ومعالجة المشكلات والاستيعاب وغيرها. وهومايعكس الضعف في الإدراك الحسي بصفة أدق ويكون يعاني من صعوبات كثيرة ونجاح أقل في مستوى إنجازه لعمل الأشياء وصعوبات في التعلم ومشكلات سلوكية .والتشخيص هنا لا يشبه أي مشكله طبية يمكن تشخيصها بالتحاليل الطبية أو الإشاعات ولكن بالملاحظة. (ملاحظة ماذا ؟)

1) مثال / * الرضيع لا يتقلب في الفراش، لايزحف أو يحبو، متأخراً في الوقوف والمشي، طفل لا يستطيع اللعب مع الأطفال أو لا يلعب بمهارة، لا يختار الألعاب الجذابة بالنسبة لباقي الأولاد، يمسك الأطفال أو اللعب بشكل عنيف، يكسر اللعب وبشكل متكرر، فهو إذاً لا يستطيع دمج المثيرات الحسية القادمة من العين والأذن واليدين وباقي أجزاء الجسم وبالتالي يفقد تفاصيل الأشياء ولايفهم طريقة لعب الأطفال، تصله الأصوات التي يسمعها مشوشة وبالتالي عديمة المعنى أو غير مناسب للموقف كما يترأى لنا كمحيطين به. كذلك طفل لا يلتفت لمن ينادي عليه أو متأخر لغوياً أو لا يستخدم اللغة أو يغطي أذنيه بيديه كلما حدثته، فهو هنا لم يستطع تنظيم المثيرات السمعية وتدخل مشوشة أو عديمة المضمون والمعنى. وهو بذلك يكون يعاني من « اضطراب حسي سمعي « .

2) الطفل حساس جداً للمس أو أقتراب الأشخاص منه ويرفض العناق أو ربط الشعر أو الحلاقة وقص الأظافر ويخلع حذائه بإستمرار وملابسه ويمشي على أصابعه أو يؤذي نفسه. إذاً هو طفل لم يستطع تنظيم المثيرات الحسية القادمة من الجلد وهو بذلك يكون يعاني من «اضطراب حسي لمسي»

ج) طفل لا ينظر في عيني والديه أو يحق فترات طويلة أو لا يلتفت الى ما نريده

أن يراه أو يجمع البازل بمهارة غير عادية أو ينظر بجانب عينه ، أو يدرك الشئ من جانب واحد دون أن يدرك الأبعاد الكلية للشكل (يدرك الجزء أكثر من الكل)، وتسبب له الإضاءه أو الضوضاء إزعاجاً شديداً فيقوم بالقفز (فرط الحركة)

إذاً يكون الطفل وفقاً لذلك يعاني من "اضطراب حسي بصري".

د) طفل يشم كل شئ (يتعرف هكذا على الأشياء من حوله) جسم أبوه أو لعبة أو طعام ويرفض أكل معين أو تجده على العكس متمسكاً بأطعمه أخرى كالأطعمة النفاذة وأحياناً يأكل أشياء غريبة. إذا يعاني من "اضطراب حسي شمي وتذوقي"

ه) طفل يجد صعوبة في التسلق أو الجري، ركوب الدراجة، الباتيناج، مهارات الكرة، يفشل في لعب كثيرة، كسلان، تجده يحب أن يريح رأسه على يده، يمشي مشية غريبة.

إذاً يعاني من "خلل في التوافق العصبي والاتزان" بسبب "خلل عصبي دهليزي"

وهذا يستدعي إستخدام برامج العلاج بالتكامل الحسي وكذلك تعديل السلوك وسيرد ذلك بالتفصيل في فصل برامج علاجات إضطراب التوحد.

2) **اضطراب التفكير:**يعاني مضطربي التوحد من اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية، وطبيعة أنماط التفكير لديهم تتسم بعدم القدرة على رؤية شاملة لحدود المشكلة سواء كان حلها يتطلب قدرة لفظية أو بصرية ويتميز تفكيرهم بالآتي:

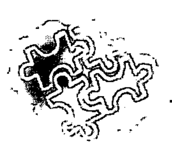
1) يفكرون بالصور وليس بالكلمات.

2) تعرض الأفكار في مخيلتهم على شكل شريط فيديو، لذا فهم يحتاجون إلى وقت لاستعادة الأفكار.

3) لديهم صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفهية.

4) لديهم صعوبة في الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.

5) لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يتعلمونها.



6) يتميزون باستخدام قناة واحدة من قنوات الإحساس في الوقت الواحد.

7) عدم إدراكهم لبعض الأحاسيس.

3) **العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي:** لا يتجاوب الطفل مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له، وكثيراً ما يشكو أبويه من عدم اكتراثه بتدليلهم له أو ضمه أو تقبليه أو مداعبته بل وربما لا يجدان منه اهتماماً بحضورهما أو غيابهما عنه، وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد يمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين بل يتقمص من كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

4) **السلوك النمطي المتكرر:** يقوم الطفل الاجتراري (التوحدي) لفترات طويلة بإبداء حركات معينة يستمر في أداؤها بتكرار متصل كهزة قدميه أو جسمه أو رأسه وطرطقة يديه أو تكرار نغم أو صوت أو همهمة متكررة وقد يمضي الساعات محملقاً في اتجاه واحد معين أو نحو مصدر الضوء أو صوت قريب أو بعيد أو في اتجاه ساعة الحائط مراقباً دورات عقاربها، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استثارة تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائي، ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص ورغبة قلقة متسلطة في البقاء طويلاً على حالته كما هي.

5) **نوبات الغضب أو إيذاء الذات** Self-Injurious Behavior وبالرغم من أن الطفل التوحدي قد يمضي ساعات مستغرقاً في أداء حركات نمطية Stereotyped أو منطوياً على نفسه لا يكاد يشعر بما يجري حوله فإنه أحياناً ما يثور في سلوك عدواني موجه نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته أو أصدقاء الأسرة والمتخصصين العاملين على رعايته، ويتميز هذا السلوك بالبدائية كالعض والخدش (الخربشة) والرفس وقد تشكل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض أو إلقاء أدوات من النافذة أو سكب الطعام على الأرض إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامهما حائرين وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعض نفسه حتى يدمي نفسه أو يضرب

رأسه في الحائط أو بعض الأثاث أو قد يتكرر ضربه أو لطمه على وجهه بإحدى أو كلتا يديه.

6) **القصور اللغوي والعجز عن التواصل:** فكثيراً ما يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعاني من الصم وبالتالي البكم Mutism بينما تثبت الملاحظة الطويلة أن الطفل رغم أن الأصوات المالية قد لا توجد استجابة لديه فإنه يمكن أن يسمع حفيف الريح أو ورق الجريدة أو أوراق الألومنيوم التي تغلق قطعة الشيكولاتة.

7) **التفكير الاجتراري المنكب على الذات:**

يتميز الطفل الاجتراري (التوحدي) Autistic بالاجترار المستمر والذي تحكمه أهواء أو حاجات رغبات النفس فقد يمضي من الوقت ساعات وساعات غارقاً في ذاته غير شاعر ولا ملتفت إلى ما يجري حوله لا يميز بين شخص وآخر ويصر على أن يترك وشأنه وحيداً وقد يثور ويتهور إذا حاول أحد تغيير هذا الوضع الذي قد يستمر لساعات طويلة فهو دائماً منطوي على ذاته.

8) **قصور في السلوك التوافقي:** فالطفل التوحدي لديه عجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداؤها الأطفال العاديين ممن هم في نفس سنة ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ففي سن الخمس سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداة أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني ثلاث سنوات أو أقل وهو يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع أو ارتداء ملابسه.

9) **الأفعال القسرية والطقوس النمطية:** غالباً ما يتعصب أو يثور الطفل التوحدي عند إحداث أي تغيير في سلوكه الروتيني اليومي أو في المحيط الذي يعيش فيه فبمجرد تغيير الكوب الذي اعتاد شرب اللبن فيه أو تغيير ترتيب قطع الأثاث قد يدفعه إلى البكاء أو اندلاع ثورة غضب وكثيراً ما يندمج الطفل في سلوك نمطي كما لو كان طقوساً مفروضة عليه، كان يحرك ذراعه بشكل معين يستمر عليه لفترات طويلة أو يطرق بيده على رأسه أو يدور حول نفسه أو حول طاولة أو مائدة في الغرفة أو يجلس محملقاً في مروحة هواء تدور ويظل دقائق أو ربما ساعات على مثل هذه الأوضاع أو غير ذلك من الأفعال القسرية والتي لا يحتمل إزعاجه أثناء قيامه بها.

- **الخصائص العامة للأطفال مضطربي التوحد:**

يصف الأب مارتن (1993) الأطفال مضطربي التوحد بأنهم آخرين ليسوا كالباقين،



كأنهم من عالم آخر تنفذ نظراتهم عبركم بغير أن تتوقف عليكم وبغير أن ينتظروا إجابتكم، تحركاتهم غير مفهومة، وكأن البعض منهم يعاقب نفسه باستمرار على خطأ غامض، لا نستطيع تعريفهم فهم ليسوا عجزة ولا مشوهين ولكن على العكس فإن أكثرهم جميل المظهر هم ليسوا معاقين عقلياً وليسوا صم إنهم حقاً غامضون، لذلك لا يجدون مكاناً لهم في أسرهم التي تزداد قلقاً يوماً بعد يوم، وفي المراكز حيث يؤدي مجهودات إدماجهم مع الأطفال الآخرين بالمربين إلى حافة الانهيارات العصبية فكإن إصابتهم الغامضة تجذب كل من يعتني بهم إلى هوة عالمهم غير المرئي.

وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من خلال الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM – IV) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) من خلال التصنيف العالمي للأمراض (ICD) إلى العديد من الخصائص المحددة والغاية من الوضوح لاضطراب التوحد يمكن إجمالها فيما يلي:

أولاً/ الخصائص الاجتماعية Social Characteristics يؤكد كانر (1943) Kanner بأن الخلل الوظيفي في التفاعل الاجتماعي والاستجابة غير العادية إلى البيئة علامات أساسية لاضطراب التوحد (الذاتوية) وإن هذه العلامات تتمثل في الضعف والانحراف الاجتماعي Social Deviance وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء ومضطربي التوحد وما زالت هذه المظاهر والعلامات من أهم المعايير التي يعتمد عليها

في تشخيص اضطراب التوحد حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب، وإن معظم الأطفال مضطربي التوحد يكونوا قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفوا على أنهم في معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو من عالمهم الخارجي.

ووصف وينج (1996) Wing الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التفاعل الاجتماعي إلى أربع مجموعات وهي:

1) مجموعة منعزلة Passive Group وهي مجموعة لا تبادر ولا تستجيب للتفاعل الاجتماعي.

2) مجموعة سلبية غير مبالية Aloof Group وهي مجموعة تستجيب للتفاعل الاجتماعي لكنها لا تبادر بالتفاعل ولا يبادرون بالاختلاط بالآخرين.

3) مجموعة تفاعلية ولكنها شاذة أو غريبة Active Group وهي مجموعة من الأطفال يبادرون بالتفاعل مع الآخرون ولكن بطريقة شاذة وغير مناسبة.

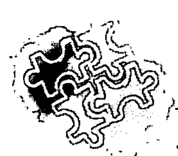
4) مجموعة متكلفة Stilted Group وهي مجموعة تبادر وتحافظ على الاتصال ولكنها تكون رسمية وجامدة.

ويشير حسن مصطفى (2001) إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلي وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما والأطفال مضطربي التوحد غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمون في حياتهم كالآباء والأخوة والمعلمين ويمكن أن يظهروا عملياً انعداماً في قلق الانفصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء. وهذا عكس الأطفال العاديين الذين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم (الأب – الأم – الأخوة) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة، وبالتتابع يتعلمون أن يميزوا في المعاملة أي من هو الشخص الذي يقبلونه أو من هو الذي يتحفظون معه في الكلام، إلا أن الأمر يختلف عند أطفال مضطربي التوحد فهم غالباً ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين أو الغرباء.

وقد أوضحت بعض الدراسات إن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو على وعي الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً. كما إن العيوب المحددة التي تظهر من الأطفال التوحديين هي الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين للتجارب والسلوكيات وإن العلاقة التي يكونها الطفل مضطرب التوحد تكون سببية أكثر منها تعبيرية فهو يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريده فمثلاً إذا أراد شيئاً ما يأخذ بيد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء أي إن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل ما يريده عندما يشاء، وهذه العلاقة الوسيلية غالباً ما تعطى لآباء الأطفال التوحديين إن أطفالهم مهتمين أكثر بالحصول على ما يريدوه أكثر من اهتمامهم بمن يلبي لهم هذه المطالب.

ويشير محمد كامل (1998) أن الأطفال مضطربي التوحد لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة وإن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً.

ويمكن إجمال نقاط الخلل في التفاعل الاجتماعي للطفل التوحدي فيما يلي:



أ) التواصل البصري/ حيث يقضي الطفل المولود حديثاً نسبة لا بأس بها من فترة استيقاظه وهو يحدق بنظره نحو أمه أو من يقدم له الرعاية ومن ثم يبدأ الطفل باستخدام التقاء العينين لتحقيق أغراض كثيرة للتعبير عن المشاعر، وبدء التفاعل الاجتماعي وإنهائه، وتفسير مشاعر الآخرين. وعكس الأطفال مضطربي التوحد فبعضهم يتجنبون النظر بأعين الآخرين، والبعض ينظر لمدة زمنية قصيرة، والبعض ينظر إلى الآخرين من زاوية أعينهم، فهم يعانون من ضعف في التواصل البصري، والاستدلال بالإشارات، وعدم فهم الإيماءات.

ب) الانتباه المشترك يعد إحدى الصعوبات الرئيسية وأهم المؤشرات الموثوق بها لتشخيص اضطراب التوحد في وقت مبكرة والكشف عنه.

Curcio. 1978. Love land & Landry. 1986; Mundy. Sigman . Ungerer. & Sherman. 1986. Charman 2003; Sigman et al 2004).

والانتباه المشترك مجموعة من مهارات التواصل الاجتماعي غير اللفظي كالإيماء، والالتقاء البصري، وتعبيرات الوجه، التأشير، والتبادلية، والتعبير عن العواطف وفهمها، ويمكن القول بأن الانتباه المشترك هو تبادل اجتماعي يركز فيه الأطفال والبالغون على نفس الحدث أو الشيء ويطلق على الانتباه المشترك العلاقة الثلاثية حيث إنها علاقة بين الشخص وآخر وموضوع ومثير إلى السلوك الأسبق لوعي الطفل الصغير بفكر الآخرين.

ومن خلال الانتباه المشترك يعبر الأطفال الصغار عن نمو اهتمامهم الاجتماعي ومهارتهم في التفاعل مع البالغين عن الأشياء في العالم حولهم. أما بالنسبة للأطفال الذاتويين فلا يستطيعون الإشارة إلى الأشياء أو ينقلوا نظراتهم بطريقة تبادلية بين الشيء والشخص الآخر. وقد أشارت الدراسات إلى أن نسبة قليلة من هؤلاء الأطفال تقارب 6-10 ٪ يحاولون الحصول على اهتمام الكبار بمشاركتهم في تجاربهم.

ويعتبر الافتقار إلى مهارات الاهتمام المشترك من أهم العناصر التي تميز الطفل الذاتوي (مضطرب التوحد) عن غيره من الأطفال.

كما وأننا نلاحظ قصوراً واضحاً لدى الطفل الذاتوي في (اللعب التخيلي) فهو يفتقد إلى الألعاب التخيلية، ولديه صعوبة في اللعب بالأشياء وغالباً ما يفضلون اللعب بمفردهم أكثر من اللعب مع الأقران، ولأنهم يميلون إلى اللعب في عزلة عن الأقران، فغالباً ما يفتقدون الصداقة، وتكون تفاعلاتهم ضعيفة مع الأقران.

وإذا ركزنا في الطريقة التي يلعب بها الطفل التوحدي فإننا نجده يلعب بشكل مختلف بدميته ويدير عجلات السيارة ويفكك الألعاب ثم يعيد جمعها معاً، وهذا النوع من اللعب مختلفاً عن لعب الأطفال العاديين، وهو قد يقضي وقتاً طويلاً في إعادة وتمثيل مناظر رآها في الفيديو أو أفلام الكرتون لمدة أيام أو أسابيع أو أشهر. وإذا ما تمت مقاطعة تلك الألعاب التكرارية فإنه يشعر بالانزعاج والتوتر.

أ. التقليد إن قدرة الأطفال على مشاركة الأم أو بديلها في الخبرات والاهتمامات بالأشياء والموضوعات يعتبر من أهم المجالات للنمو الرمزي، فالقدرة على التقليد ضرورية جداً للأنشطة والأفعال الرمزية، هنا نلاحظ إن الطفل التوحدي يعاني من عجز في هذا النوع من السلوك وقد تبين إن التوحديين يعانون من مشكلات في تقليد حركات الجسم البسيطة، وتلك التي تتضمن موضوعات وحالات، كما إنهم نادراً ما يقلدون أفعال والديهم.

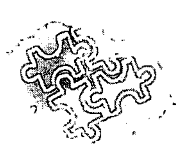
ب. التعاطف الوجداني Empathy يلاحظ على الأطفال مضطربي التوحد أنهم يعانون عدم الاستجابة إنفعالات الوالدين أو مبادلتهم لنفس المشاعر وعدم الاستجابة لما يصل إليهم من مثيرات بيئية خارجية، كما إنهم يرفضون الملاطفة والمداعبة ويعملون على تجنبها.

كما إن المشاعر والعواطف التي يعبر عنها الأطفال مضطربي التوحد في المواقف الاجتماعية تكون غريبة وغير متوقعة في أغلب الأحيان.

إن غياب التعاطف الوجداني والمشاركة الانفعالية عند الأطفال المصابين بالتوحد يعبر عن فشلهم في تكوين التواصل العاطفي في حياتهم، وقد طور بعض الباحثين نموذجاً للتعاطف سماه الموقف الغريب Strange Situation مؤكدين على أن هؤلاء الأطفال يظهرون بعض التعاطف في البدء أو عند الانطلاق During Aperture ولكنه ينعدم بعد ذلك.

الخصائص الحركية: Locomotors Characteristics

يشير شاكر قنديل (2000) إلى أن هناك بعض جوانب النمو الحركي الغير عادية التي يتسم بها الأطفال ذوي اضطراب التوحد فنجدهم لهم طريقة خاصة في الوقوف، فيقفون في الغالب ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم، وأذرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك ذراعيه إلى جانبه، وفي معظم الأحيان فإن هؤلاء الأطفال يكررون حركات معينة مرات ومرات، فهم مثلاً يضربون



الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركات الطائر وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ.

كما أنهم يقومون بسلوكيات نمطية محدودة والتي تتضمن رفرفة اليد Hand Flapping وهز الجسم Rocking الدوران حول النفس، ضرب الرأس، تموضع الأصابع (عمل أشكال بالأصابع) الانشغالات الحسية والمشي على الأصابع، والدوران دون الإحساس بالدوخة، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل إلى شيء يشد انتباهه .

وقد يتنوع السلوك الملاحظ طبقاً للقدرات العقلية أو الفكرية فالأطفال الأدنى من الناحية الوظيفية قد يكررون سلوكيات مثل تقطيع أو تمزيق الأوراق أو النقر بقطع بلاستيك أو سلك التقاط وتقطيع خيوط السجاد لفترة طويلة قد تصل لساعات.

يضاف لما سبق سلوكيات الاستثارة الذاتية الأخرى والتي تتضمن اللف بالجسم في حركة دائرية وتدوير الأشياء والتصفيق وتحريك الفم، وتحريك الأشياء أمام العين، ويفضل أطفال الذاتوية الانشغال بسلوكيات الاستثارة الذاتية وقد يقضون ساعات في مثل هذه السلوكيات المنبهة للذات على حساب نشاطات أخرى Charlop – Christy- Schreibman، pierce & Kurtz 1994)).

وقد وجد أن سلوكيات الاستثارة الذاتية تحدث غالباً عندما يكون الطفل وحيداً في جلسات غير مقننة، مثل اللعب الحر في المدرسة وعندما ينشغل الأطفال في سلوكيات الاستثارة الذاتية يصعب عليهم الاستجابة لما حولهم مما يؤدي إلى صعوبة تعليمهم وتشير بعض الدراسات إلى أن كثيراً ما يقوم الطفل الذاتوي في فترات طويلة بأداء حركات معينة ويستمر في أدائها بتكرار متصل لفترات طويلة كهز رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر وقد يمضي الساعات محملقاً في اتجاه أو نحو مصدر الصوت.

وهم ينشغلون بعملية التصنيف ولديهم مجموعات من الأشياء مثل علب المشروبات الغازية، وشرائط الفيديو، وبعض الأطفال يبدون اهتماماً ضعيفاً في اللعب في أجزاء معينة من السيارة أو القطار، وقد يراقبون ويقرؤون كل شيء يتعلق بموضوع اهتمامهم، فعلى سبيل المثال إذا كان هناك طفلاً مهتماً بالجو والمناخ، فهو يرى القناة الخاصة بالأحوال الجوية بشكل منتظم ومستمر، وبمجرد أن يتمكن الطفل من أحد الموضوعات فهو يواظب

على الموضوع ويرغب في الحديث عنه بشكل ثابت ومستمر، مما يحول دون الحديث معه عن موضوعات أخرى.

وبجانب الأشياء المفضلة وجوانب الاهتمام المحدودة، فإن الطفل الذاتوي غالباً ما يصرون على أداء طقوس معينة وربما تظهر لديهم علامات واضحة من الكرب النفسي عندما لا يستطيع أداء هذه الطقوس، وعلى سبيل المثال قد يطلب الطفل الذاتوي من الوالدين أن يسيروا في نفس طريق المدرسة كل يوم، أو أن يقدم العشاء بطريقة معينة، أو ترتيب معين، أو ترك المنزل بترتيب معين بشكل دائم. وقد يصر الطفل على أن يكون الأول عند الخروج من الباب في كل مرة تغادر فيها الأسرة المنزل، ويصاب بنوع من الغضب والأسى بشكل واضح بسبب حدوث تغيرات بسيطة في المنزل مثل تحريك أو نقل قطع الأثاث من أماكنها.

وتتفق دراسة كل من Biklen 2002 ودراسة Wolf 2005 على أن الطفل الذاتوي يمارس سلوكيات نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي ويتضمن ذلك ما يلي:

1) حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.

2) إيذاء النفس بشكل مستمر.

3) هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير.

4) صدى كلامي Trepagnier.

5) رفة العينين، رفرفة اليدين، تحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

أما دراسة تريباجر Trepagnire 1996 فقد أرجعت السلوكيات النمطية حركياً إلى:

1) ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل الذاتوي.

2) اتباع الطفل لمثل هذه السلوكيات لجذب الاهتمام.

3) الاعتراض على تغيير برنامج أو روتين يومي له.

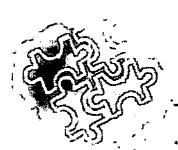
4) عدم القدرة على ملائمة السلوك مع الموقف.

5) خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وفي حجمها.

6) تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics

يرى عبد الرحمن سليمان (2001) أن الطفل التوحدي سلوكه محدود وضيق المدى



كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا لا يؤدي إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين، ومعظم سلوكيات الطفل الذاتوي تبدو بسيطة من مثل تكوير قطعة من اللبان بيديه، أو تدوير قلم بين أصابعه أو تكرار فك وربط رباط حذائه، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل يراه وكأنه مقهور على أدائه أو كأن هناك نزعة قسرية لتحقيق التشابه في كل شيء حيث إن التغيير في أي صورة من صوره يؤدي إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه.

ويشير شاكر قنديل (2000) إلى أن أي قصور حاد في أداء الطفل عموماً يؤدي إلى عجز في عمليات نمو الشخصية، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية، أو حدوث ثراء في خبرات الطفل، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدي عاجزاً عن التأثير في بيئته، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدي دوراً مؤثراً في مثيرات البيئة، وتكون المحصلة إن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة حيث إن من الحقائق المعروفة إنه كلما اتسع مدى السلوك كلما تعاظمت الرغبة في أداء سلوك جديد وكلما زادت احتمالية أن تؤدي نتائج هذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاته الاجتماعية كلما امتد سلوكه إلى نطاقات جديدة، أما بالنسبة للطفل التوحدي فإن تعرضه المفاجئ لأي بيئة جديدة وفي نطاق خبراته السلوكية المحدودة فإن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة في شخصيته.

الخصائص المعرفية واللغوية: Cognitive and linguistic characteristics

تشير الدراسات إن 70 ٪ أو أكثر من الأطفال مضطربي التوحد يعانون من قدرات عقلية متدنية تصل في بعض الأحيان إلى الإعاقة العقلية البسيطة، والمتوسطة، والشديدة وإن 10 ٪ منهم لديهم قدرات عقلية مرتفعة في بعض الحالات كالحساب والذاكرة والموسيقى والفن والقراءة.

ولوحظ أنهم لديهم قدرات جيدة في اختيارات القدرات البصرية المكانية Visual Spatial Abilities مثل تركيب البزل Puzzles وهذه الصفة من صفات مضطربي التوحد كما يعتقد Lew Kennar، كما لوحظ عليهم قدرتهم في الحفظ وتخزين المعلومات في ذاكرتهم وحفظها لفترة من الزمن بنفس التفاصيل دون حدوث أي تغيير مثل تذكر كلمات محددة من الدعايات أو الأناشيد وغيرها، إ ضافة إلى حفظ أرقام وتواريخ معينة حدثت في الماضي أو ستحدث في المستقبل والقيام أيضاً بعمليات حسابية سريعة مثل الجمع والطرح كما لوحظ على مضطربي التوحد معاناتهم من القصور في الدافعية للقيام

بالمهمات المطلوبة منهم وقد يُعزى السبب إلى انشغالهم المفرط بالسلوكيات النمطية وعدم وجود الرغبة في النجاح والمنافسة ، أما مزاج ومشاعر هؤلاء الأطفال فيمكن وصفها بأنها سطحية وغير تفاعلية مع الأشخاص والأحداث، فالطفل الذاتوي سريع الغضب أو البكاء أو العصبية إذا لم تلبى احتياجاته أو بسبب تغيير الروتين اليومي له ويكون سعيداً إذا لُبيت تلك الاحتياجات أما الذاكرة فالأطفال مضطربي التوحد لديهم مشكلات في الذاكرة تتمثل في حاجتهم باستمرار لما يساندهم ولو بالتلميحات لإستدعاء وتذكر الأحداث.

أما عن الخصائص اللغوية يذكر لويس ملكية (1998) إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من انحرافات ارتقائية على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي في عمليات الانتباه والإدراك واختيار الواقع.

إن تطور اللغة لدى الطفل التوحدي يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للتطورات المحتملة في اضطرابات الطفل التوحدي حيث إنه إذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدي يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل سوف يكون محدداً.

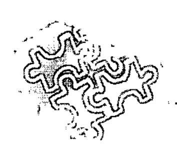
وإن الصعوبة في اكتساب اللغة تظهر لدى كل من ذوي القدرات العقلية المحدودة أو المرتفعة على حد سواء، حيث وجد في دراسته أن تقريباً ثاني أفراد العينة من الشباب الصغير من ذوي الاوتيزم استمروا يعانون من مشكلات التواصل أو اللغة غير العادية بالإضافة إلى أن ثلث أفراد العينة كانت اللغة لديهم في انحدار مستمر وكان لديهم صعوبات في إجراء محادثة كاملة مع الآخرين.

ويشير كلاً من (Aarons & Gittens 1992) إلى أن الطفل الذاتوي (مضطرب التوحد) يعاني من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة) كما إنه يردد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعض المواقف يردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه فيضن الآخرين إنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك.

الخصائص الحسية Sensory Characteristics

يظهر الأطفال مضطربي التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، تختلف من طفل لآخر من حيث الدرجة والشدة وطريقة الاستجابات إليها، وفيما يلي أهم هذه الاستجابات:

1) استجابات غير عادية للمثيرات السمعية: يُظهر بعض الأطفال الذاتويين حساسية



مفرطة لبعض الأصوات، وقد يغطي أذنيه أو يغضب وينزعج عندما يسمع أصوات معينة مثل أصوات مكبرات الصوت أو الصراخ العالي أو المكنسة الكهربائية.

وقد يتجاهل الطفل الاستجابة للأصوات العالية فيبدو وكأنه أصم لا يسمع في حين يستجيب لأصوات منخفضة معينة قد تثير اهتمامه مثل فتح علبة الشيكولاتة.

2) استجابات غير عادية للمثيرات البصرية: يظهر بعض الأطفال الذاتويين استجابات غير طبيعية للمثيرات البصرية، فبعضهم يضع يداه على عينيه عند رؤيته لأضواء ساطعة.

3) استجابات غير عادية للمثيرات اللمسية: يُظهر بعض الأطفال الذاتويين حساسية للمثيرات الحسية اللمسية المتمثلة في حاسة اللمس والذوق والشم والإحساس بالألم والحرارة، فنجدهم يبتعدون ويتجنبون لمس الآخرين، أو يرفضون ويتجنبون أن يلمسهم أحد، كما لا يشعر بعضهم بالألم عندما يتعرضون للسقوط أو الأذى ولا يشعرون بدرجات الحرارة أو البرودة.

وقد لخص سكريمان (Schriman 2003) خصائص الأطفال مضطربي التوحد بما يلي:

1) مشاكل في الانتباه والاستجابة للمثيرات/ إن الأطفال الذاتويين يعانون من مشاكل في الانتباه للتلميحات البيئية المتعددة، لذلك ينشغل الأطفال في سلوكيات الإثارة الذاتية مثل هز الجسم.

2) خلل في التقليد اللفظي والحركي وتعبيرات الوجه توضح الصعوبات الاجتماعية التواصلية.

3) خلل في التأثير والمشاعر وتظهر من خلال صعوبة فهم تعبيرات الوجه والاستجابة بشكل مناسب لمشاعر وعواطف الآخرين، وعدم القدرة على فهم شعور الآخرين بالألم والقلق والمشاعر المؤلمة.

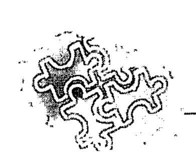
4) خلل في الإدراك مما يعيق قدرتهم في فهم الآخرين ورغباتهم وأفكارهم.

5) خلل في وظائف التكيف والتي تعيق استقلاليتهم في حياتهم، وهذا قد يؤدي إلى بعض المشاكل السلوكيات الصعبة مثل سلوك إيذاء الذات.

ويمكن تقديم مختصر للخصائص الحسية والبدنية لديهم أيضاً فيما يلي:

- فغالباً يمر الأطفال ذوي اضطراب التوحد بفترة نمو عادية في جميع أعضاء الجسم تتراوح ما بين (خمسة أشهر إلى ثلاث سنوات) وهنا قد لا نجد فروق بين طفل التوحد والطفل العادي من حيث الجانب البدني.

- يتعرض الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى بعض المشكلات في الجانب البدني بعد فترة النمو العادية تشمل انخفاض معدل النمو لبعض أعضاء الجسم مثل الرأس، وكذلك انخفاض معدل النمو العام للجسم حيث يبدو الطفل وكأنه يتقهقر نمائياً إلى مرحلة الطفولة المبكرة وربما المهد بدلاً من أن يتقدم في السياق النمائي العادي.
- يتعرض معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد إلى فقدان المهارات اليدوية والحركية التي سبق اكتسابها.
- يعاني معظم هؤلاء الأطفال من مشكلات في مهارات الرعاية الذاتية، مثل عدم القدرة على ضبط الإخراج، وعدم مراعاة النظافة، وعدم تناسق (تآزر) الحركة بين أعضاء الجسم مثل اليد والرجل والعين.
- يعاني معظم الأطفال مضطربي التوحد من عدم الرشاقة في الحركة حيث يشيع لديهم انثناء القوام، والمشي على الأصابع، والتواء الجذع، والحركات الثعبانية، وعدم انتظام المشي، والتأرجح أثناء المشي، وكثير من المشكلات في الحركة الدقيقة مثل (القبض على الأشياء) بالإضافة إلى مشكلات الحركات الكبرى (المشي، النط، القفز). مما يترتب عليه ضرورة علاجهم وظيفياً وحسياً.
- يعاني هؤلاء الأطفال من اضطرابات حسية تشمل عدم القدرة على الاستجابة للمثيرات (السمعية، البصرية، الشمية) الخارجية، وقد يبدون لأول وهلة وكأنهم صم، أو مكفوفين رغم أنهم لا يعانون أي مشكلات في الحواس.
- يبدو كثيراً من أطفال مضطربي التوحد استجابة مفرطة لبعض المثيرات الحسية (الصوت، الضوء، الرائحة) بينما قد يتجاهل البعض الآخر تلك المثيرات حتى لو كانت مرتفعة جداً (صوت مكنسة كهربائية أو صوت سيارة.... الخ).
- وقد تكون لدى بعضهم حساسية عالية جداً للأشياء التي تلمس جسده (ملمس ناعم أو خشن، فراء، ألم، حرارة.....) لدرجة إنه يتجنب الاحتكاك بالآخرين تماماً حتى جسد الأم (بل وقد يعزفون عن الرضاعة الطبيعية حتى لا يلامس جسد الأم ورغم ذلك نجد بعضهم يعض يده ويحك جسمه إلى درجة الإدماء دون أن يشعر بذلك، وربما يعود إلى معاناتهم من قصور في التكامل الحسي، وبالتالي لا يشعرون بمصادر الخطر على حياتهم.





التشخيص

Diagnosis

التشخيص Diagnosis

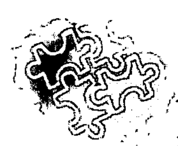
إن تشخيص اضطراب التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه المختصين في هذا المجال، وتعود هذه الصعوبات إلى أن بعض خصائص اضطراب التوحد تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى مما يجعل التشخيص في غاية الصعوبة وهذا يؤدي إلى الوقوع بالخطأ ولذلك لابد من جمع معلومات دقيقة وصحيحة لتمييز الأفراد الذاتويين عن غيرهم من الاضطرابات الأخرى.

ويعتبر التشخيص المبكر ذو أهمية كبير مثله مثل العلاج المبكر، مع العلم أن اضطراب التوحد يصعب تشخيصه قبل عمر الثالثة، إذ إن الخلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل لا يكتمل بوضوح إلا بعد ذلك، فبعض الأطفال مضطربي التوحد يكونوا مختلفين منذ اللحظة الأولى للولادة، والبعض يكونوا طبيعيين حتى عمر السنة والنصف ثم تبدأ أعراض الذاتوية بالظهور.

وتشير فضيلة الراوي وأيمن البلتة (1999) إلى إن عدم تشخيص حالات التوحد وعلاجها مبكراً يجعل حياة الطفل والأسرة نوعاً من الجحيم غير المحتمل، فالطفل يتصرف تصرفات غير مفهومة وغير مفيدة له و لغيره، ولا يمكن أن يعيش حياة طبيعية أو أن يدرس بمدرسة عادية، رغم أن 25 ٪ من الأطفال مضطرب التوحد يكون معامل ذكاؤهم طبيعياً Normal.

وتشير كريستين مايلز (1994) Kresten Mailez إلى إن التوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف.

ويرى يوسف القريوتي وآخرون (1995) إن أي محاولة للتعرف وتشخيص الأفراد أو الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد لابد أن تنطلق من جهود كانر باعتباره أول من أشار إليه في عام 1943 عندما أشار إلى خصائص (11) طفلاً كانوا يعانون من زملة أعراض غير معروفة وقد توصل كانر إلى هذه النتائج من خلال الملاحظة الدقيقة والمنظمة وقد كان الهدف من تلك الدراسة التعرف على الخصائص السلوكية



للمفحوصين، وللتمييز بينها وبين الصفات التي لوحظت عند الأطفال نتيجة لأمراض نفسية أخرى وتشمل تلك الصفات عدم قدرة الطفل على التعلق والانتماء Relate إلى الذات والآخرين والمواقف وذلك منذ الولادة، وأيضاً في تأخر اكتساب اللغة والكلام، وعدم استخدام الكلام عند التواصل، والحفاظ على الروتين وعكس صفة الملكية، سلوك اللعب لديهم نمطي ويخلو من التخيل وذاكرتهم جيدة ومظاهرهم البدنية طبيعية.

ومن المعروف أن كانر Kanaer (1943) هو أول اكلينيكي يميز بين فصام الطفولة واضطراب التوحد "بأن الذاتوية الطفولية" Infantile Autism ومن خلال تحليل تاريخي لكل من كانر وايتارد لاحظ كاري Carrey (1995) إن الوصف الذي قدمه إيتارد للأعراض الاكلينيكية كان مقارباً لما قدمه كانر، غير أن كانر قد ألقى الضوء على الخلل الذي يصيب العلاقات بينما أكد إيتارد على اللغة ونظر كانر بعين الاعتبار إلى وجود نقص في الحاجة للآخرين وتفصيل العزلة باعتبارها أعراض مبدئية.

كما قد قدم بلويلر Bleuler (1911) صياغة لمصطلح "الذاتوية _ التوحد " Autism على إنه "الانفصال عن الواقع الناتج عن الانسحاب الاجتماعي أو نقص في نظام العلاقات الاجتماعية.

وهكذا نستنتج أن بلولر Bleuler قد اعتبر الذاتوية ظاهرة طبيعية لحياة التخيل Imaginary life والتي حدثت فيها تحريف أو تشويه كما لدى مرضى الفصام وعلى ذلك فقد أصبح ينظر إلى اضطراب التوحد كعرض للفصام.

ويشير محمد قاسم (2001) إلى أنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال مايلي:

- **التقييم والتشخيص الطبي** Assessment Medical

ويضم هذا الفحص والتقييم كشف الخلل البيوكيماوي والعصبي والعضوي والإضطرابات المرافقه للتوحد الطفولي ، وق إفترضت أكثر البحوث الطبيه إن التوحد هو إضطراب ناتج عن سبب واحد Single Cause إلا ان الدراسات الحديثة بينت أن هناك عدد غير محدد من العوامل المسببه للاضطراب منها الجصبة الألمانية الخلقية أو الفطرية، وأرتفاع في النبض أو الضغط Hypertension وفيروس تضخم النسيج الخلوية، وبشكل مشابه أيضاً فقد لوحظ إن هناك عدداً من ضروب الشذوذ للبيوكيماوي عند هؤلاء الأطفال مثل السيروتونين ومع أن الأثفاق العام الذي تم التوصل إليه عن طريق هذه الفحوص الطبية هو أن هناك أختلاف ذا دلاله بين الأطفال مضطربي التوحد في هذه

المظاهر والتغيرات العضوية والكيماوية ولذلك لايوجد مؤشراً واحداً يمكن الركون إليه في تمييز هؤلاء الأطفال عن أقرانهم من الأسوياء ، إلا أن الفحص الطبي موضوع عدد كبير من البحوث .

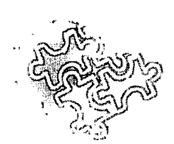
- **القياس والتقييم النفسي التقليدي** Traditional Psychological Assessment

ان التقييم والقياس النفسي للاطفال مضطربي التوحد بإستخدام الاختبرات النفسيه الطبيه لم يطبق منذ مده طويله ، فقبل عقدين من الزمن كانت الفره سائده بين المختصين ان الاطفال المصابين بالتوحد غير قابلين للقياس والتقدير النفسي ولايمكن تطبيق الاختبرات عليهم ولكن مع تطور الذي حث في تعديل الاختبارات النفسيه التقليدديه ، ومع اتباع طرائق التقدير السلوكي، اصبح الاطفال مضطربي التوحد اكثر قابليه للقياس ومطاوعون بحيث يمكن الحصول على نتائج هامه عنهم .

- **التقييم السلوكي** Behavioral Assessment

يتضمن التقدير السلوكي تحديد السلوكيات المستهدفه والمتغيرات الضابطة لها ، ويتم ذلك باستخدام التقنيات السلوكية مثل الملاحظه ، قوائم الفحص وتحليل المهام Analysis Tasksيضيف محمد قاسم ان امكانية تطبيق التقدير السلوكي لإتخاذ قرارات هامه امر مشجع ويعُد بنتائج هامه فيما يتعلق بالتربيه الخاصه كما ان الكثير من النتائج الاكلينيكية حول الاطفال مضطربي التوحد تستند الى مثل هذه التقديرات .. (وخاصةً الملاحظه السلوكيه) ثم ان طرائق التقييم السلوكي ضروريه من اجل المراقبه المستمره للبرامج التربويه التي تتطلبها خطة المعالجه حتى تحقق هذه البرامج غايتها المطلوبه

وبصفه عامه فان الاختبارات قد صممت للافراد الذين لديهم قدرة محدوده او الذين ليس لهم قدره اطلاقا على الكلام، ولذلك فإنه غالبا ماتفشل في تقديم تقييمات تتصف بالدقه ، ولهذا السبب فان المتخصصين Specialists في مجال اعاقة التوحد يقومون بالتقييم معتمدين بصورة اساسية على ملاحظه سلوك الطفل بصورة جيده ، بالاظافه الى الاعتماد على ملاحظة الوالدين ، وتقارير المدرسين ومع ذلك فان عملية الملاحظه المباشرة هي عمليه طويلة ، وهناك عدد قليل من الأطباء وأخصائيي التقييم لديهم الوقت الكافي لهذا النمط من التشخيص والعديد من الأطباء بالإضافه إلى ما سبق يعارضون عمل تشخيص التوحد لعدة أسباب مختلفة For a Number فبعضهم ببساطه يتردد في أن يطلق على الطفلفة " توحدي " والبعض الأخر تنقصهم الخبرة ، حيث أن خبرتهم



محدوده مع هذا الإضطراب وبعض المتخصصين يفضلون تسمية أخرى لهذه الإعاقة غير كلمة توحد ، ولسؤ الحظ فإن التشخيص الغيردقيق والمضلل يكلف الطفل وقتاً ثميناً كان الأفضل أن يقضيه في الحصول على خدمات التربية الخاصة .

ولقد أشار فلسبرج Fulsberg 1992 إلى أنه يمكن تشخيص التوحد من خلال فحص الأعراض التالية :

1) التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.
2) العمليات الإدراكية والتعبير عنها.
3) العمليات المعرفية.

كما أوضح بوتر وآخرون Putter et.al 1993 إلى أن يمكن تشخيص الطفل على أنه مضطرب توحد أو طفل إجتراري إذا كان لديه الأعراض التالية :

1) نشاط حركي مفرط .Hyper KinesiS .
2) إضطراب في كل من الإنتباه والإدراك واللغة .

وفي ورقة علمية قدمها كانر (Kanner 1943) قام بوصف عدد 10 محكات تشخيص والتي اعتبرها ذات صلة تشخيص اضطراب التوحد ومع ذلك فقد كان غير واضحاً فيما يتعلق بعدد المحكات التي يجب استخدامها في عمل التشخيص، وكان هناك خلط أيضاً فيما يتعلق بحقيقة أنه قد وضع بعين الاعتبار بعض المحكات على إنها غير ضرورية، مثل محك "الإمكانات المعرفية الجيدة" والقدرة الجسمية الطبيعية واللذان كانا يعتبران ذات دلالة فقط عندما يرتبطان أو يرافقان المحكات التشخيصية الأخرى وفي دراسة من أجل تنقيح هذا العمل وضع كانر Kanner وايزنبرج (Eisenberg 1956) خمس ملامح لتمييز اضطراب التوحد وهي:

1) انفصال مفرط أو شديد في العلاقات الإنسانية.
2) الفشل أو الاخفاق في استخدام اللغة لأغراض التواصل.
3) رغبة قلقة وسواسية في الاحتفاظ والاستمرار في الرتابة تتسبب في وجود محدودية ملحوظة في تنوع الأنشطة التلقائية.
4) الإعجاب أو الافتنان بالأشياء التي يتم تناولها أو التعامل معها بمهارة في الحركات الدقيقة.

5) إمكانية معرفية جديدة.

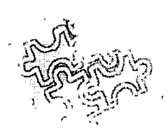
ويركزان على اثنان من الملامح الأساسية للتشخيص وهما العزلة المفرطة والإصرار المشوب بالوسوسة على ضرورة التصرف وفق الرتابة والروتين وبأن ذلك يجب أن يظهر ضمن التشخيص الخاص باضطراب التوحد (الذاتوية).

كما وضع جريك Greek محكات تسعة لتشخيص الذاتوية (اضطراب التوحد) وهي:

1) صعوبة كبيرة ومستمرة في العلاقات الانفعالية مع الناس.
2) عدم وعي واضح بالذات الشخصية لدرجة لا تتلائم مع سن الطفل (سلوك غير طبيعي نحو الذات).
3) انشغال مرضي بأشياء معينة أو خصائص سلوكية معينة، دون اعتبار لوظائفها المقبولة.
4) مقاومة مستمرة للتغيير في البيئة.
5) خبرات إدراكية شاذة أو غير طبيعية.
6) قلق حاد مبالغ فيه ويأخذ أشكال غير منطقية.
7) صعوبة في تطور الكلام، بما في ذلك ما يسمى بالصدى أو المصاداة أو ترديد ما يقوله الآخرون "Echolalia".
8) اضطراب في أنماط الحركة (مثل الاهتزاز Rocking والدوران السريع Spinning والنشاط الحركي الزائد Hyper kinesias والتصلب الحركي Catatonic.
9) ربما يوجد تخلف عقلي مصاحب.

وقام بعد ذلك أوجرمان O'gorman 1967 بمراجعة النقد الخارجي بمجموعة المحكات التي قدمها جريك Greak وقدم نموذج بديلاً عنها. وقد توصل إلى أن أهم محكات تشخيص اضطراب التوحد ما يلي:

1) انسحاب أو فشل الطفل في الاندماج مع الواقع.
2) تأخر ذهني واضح مع وجود جزء من الوظائف طبيعية أو قريب من الطبيعي وربما توجد مهارات غير عادية.
3) صعوبة في اكتساب اللغة.
4) استجابة غير طبيعية لنوع واحداً أو أكثر من المنبهات الحسية (غالباً أصوات).



5) عرض واضح ومستمر لسلوكيات أو خصائص حركية معينة.

6) مقاومة مرضية للتغيير بما في ذلك الطقوس Rituals والتعلق بالأشياء والانشغال الزائد بأشياء معينة والغضب الشديد أو الرعب أو الاستثارة عندما يتم تهديد حالة الرتابة الموجودة في البيئة بواسطة غرباء.

وبناءً على جوهر الأعراض التي وصفها كانر (Kenner 1949)، قام ريملاند بتطوير قائمة التشخيص لأطفال الاضطرابات السلوكية Behavior Disturbed Children وقد سمى هذه القائمة للفحص باسم "النموذج إي" Form E.1 والتي تتكون من 76 سؤال من صورة (الاختيار من متعدد) لاستخدامها مع الآباء أو الوالدين لمعرفة تاريخ الولادة الخاص بأطفالهم وطريقة الكلام ونمو الأعراض لديهم.

وألقى روتر Rutter 1972 الضوء على الفروق بين الذاتوية وفصام الطفولة في الدراسة التي قدمها بعنوان "إعادة اعتبار لفصام مرحلة الطفولة" والتي قدمت نوع من الفروق الواضحة بين الاضطرابين اعتماداً على السن التي يظهر فيها أي منهما، وظهور الأعراض، والدور الاكلينيكي، وقد وضع تمييزاً بين هذين الاضطرابين في مجال نمو وتطور المهارات الاجتماعية، واللغة، الانتباه، الإدراك، اختيار الواقع، الحركة، كان هناك استمرارية في تشخيص وجود فصام الطفولة لدى بعض الأطفال بواسطة المعالجون الذين يستخدمون الدليل التشخيصي والإحصائي.

ونشر المجلس القومي للأطفال والراشدين (1977) تعريفاً جامعاً لاضطرابات الذاتوية والذي وصفها على إنه من اضطرابات النمو، وقد عرفوا الذاتوية على أنه عجز في النمو يتميز بأنه حاد في عدم القدرة ومستمر في الحياة والذي يظهر أصلاً خلال السنوات الثلاث من الحياة والمحكات الأربعة هي:

1) اضطرابات في معدل ظهور المهارات البدنية والاجتماعية واللغة.

2) استجابات غير طبيعية شاذة للمثيرات الحسية.

3) غياب أو عجز اللغة.

4) طرق غير طبيعية في التواصل أو الارتباط بالناس والأشياء والأحداث.

وأكد كلاً من (Cox & Mesibov. 1995) لديهم صعوبات في جميع الجوانب الأربعة المذكورة سلفاً وافترضوا أن التواصل والمشاكل الاجتماعية من الأعراض المحورية وقللوا من الاستجابات الحسية التي أولاها كانر اهتماماً أكبر.

وقدم روتر Rutter من خلال الوصف الأصلي لكانر وبحوثه المتعددة في الذاتوية واقترح وجود أربع ملامح ضرورية لتشخيص اضطراب التوحد وهي:

1) تظهر الأعراض قبل مرور 30 شهراً من العمر.
2) عجز اجتماعي من النوع الذي يعكس ببساطة وجود تخلف عقلي.
3) خلل في النمو في عمليات التواصل اللغوي أو وجود لغة غير طبيعية.
4) سلوكيات نمطية Stereotypical والتي يمكن أن توضع تحت مفهوم الإصرار أو الرتابة .

وكان للعمل الذي قدمه روتر Rutter تأثيراً كبيراً في وقته لأنه كان يتماشى مع الخبرة الاكلينيكية .

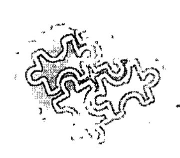
ووضع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي أصدر من الرابطة الأمريكية للطب النفسي تصنيفين، أطلق على التصنيف الأول اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض الكاملة.

وأطلق على التصنيف الثاني اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض المتبقية، ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض الكاملة على النحو التالي:

1) بدء الاضطراب قبل سن 30 شهراً.
2) العجز عن الاستجابة للآخرين.
3) اضطراب شديد في النمو اللغوي.
4) أنماط كلامية شاذة وغريبة (مثل تقليد الكلام المباشر أو قلب الضمائر).
5) استجابات بيئية غير سوية (مثل مقاومة التغيير (الروتين) أو التعلق والاهتمام بموضوعات شاذة).
6) غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام.

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية على النحو التالي:

1) الإصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض.
2) الصورة الاكلينيكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض للتصنيف الأول كاملة



.A.P.A 1987

وقد اهتم دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) للأمراض النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) A.P.A والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO بإضطراب التوحد و هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن، وإنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على الخصوص وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية حيث تؤكد جميعها بأنه " وجود خلل في المهارات الاجتماعية والتواصل والسلوكيات " وهي على النحو التالي:

1) البداية Start

يبدأ الاضطراب قبل وصول عمر الطفل الثالثة ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي والتعبير عن الحاجات، واللعب الرمزي أو الخيالي.

2) السلوك الاجتماعي Social Behavior

ويعكس القصور الكيفي في التفاعل الاجتماعي، وذلك في اثنين على الأقل من أربع محكات هي التواصل غير اللفظي، إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

3) اللغة والتواصل Communication and Language

يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربع محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

4) الأنشطة والاهتمامات Activities and Interests

معظم أنماط سلوك التوحدي أنشطة مقيدة ونمطية تكرارية في واحد على الأقل من أربع محكات هي: الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، الرتابة، الروتين، أساليب نمطية الأداء والانشغال بأجزاء من الأشياء.

وتنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل، وقد تأخذ هذه الاختلالات شكل عدم الاستخدام الاجتماعي مهارات لغوية Linguistic Skills قد تكون موجودة، وخلل في

ألعاب تصديق الخيال، والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من الإيقاع والتأكيد في إيقاع التواصل، وكذلك عدم استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.

وأشار عبد الرحمن سليمان (2002) مستنداً إلى ما جاء في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) إنه لكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة على وجود مشكلات في ثلاث مجالات كبيرة تشمل (التفاعل الاجتماعي)، التواصل)، (والسلوكيات النمطية) وهنا يتعين أن يعاني الفرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي اثنان منها على الأقل على اضطرابات في التفاعل الاجتماعي وعرض واحد في كل مجال من مجالات التواصل، والسلوك النمطي، وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال التفاعل الاجتماعي ما يلي:

- خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة أو الكثيرة المعقدة.
- عدم القدرة على تكوين علاقات مناسبة مع الأقران والافتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتمامهم وانجازاتهم.
- عدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

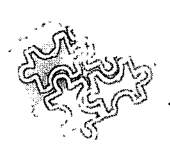
وتضم الأعراض المندرجة ضمن التواصل ما يلي:

- تأخر نمو اللغة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالة (مع عدم تعويض ذلك النقص بأي أساليب تواصل أخرى).

وبالنسبة لمن يستطيعون الكلام نجدهم يعانون من اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب) واستخدام اللغة بصورة نمطية وتكرارية.

- الافتقار إلى التلقائية في محاكاة المعتقدات (تعلم القيم والمعتقدات) أو اللعب الاجتماعي Social Play.

وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال السلوكيات النمطية الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقيد الجامد بالعادات Habits أو الطقوس غير النمطية وغير المهمة، واللزمات الحركية النمطية والتكرارية، والانشغال بأجزاء part of من الأشياء وليس بالشيء كله مثال أن ينتبه الطفل التوحدي أثناء لعبه بالسيارة بالعجل فقط ويفك ويركب مرات عديدة دون أن يلعب بها كوحدة واحدة..... وهكذا.



بالإضافة إلى In Addition to تلك الأعراض الستة يجب أن يعاني الطفل المصاب أيضاً من تأخر في التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي أو التفاعل بالرموز أو اللعب التخيلي فضلاً عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر.

ويضيف علاء الدين كفافي (2001) الملامح التشخيصية للاضطراب مستنداً إلى ما جاء بالدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الثالثة DSM III بأن الاضطراب الاجتراري يتميز بالفشل في تنمية علاقات بينية شخصية وينقص الاستجابة ونقص الميل نحو الناس ويفشل الطفل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم والآخرين ونقص الاتصال البصري Eye Contact والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي واللامبالاة ونقص العاطفة ونتيجة لذلك فإن كثيراً من الآباء يشكون في البداية من أن الطفل مصاب بالصم ويتعامل الطفل مع الكبار على أنهم قابلون للتغير، وقد يتعلق تعلقاً ميكانيكياً بشخص معين وحين يدخل الطفل مرحلة الطفولة المبكرة (3-5) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين وفي تنمية صداقات معهم وإن كان بعض الأطفال يستطيعون في هذه المرحلة أن يكتسبوا وعياً أكثر بمن حولهم ويحاولون التعلق بالكبار المحيطين بهم في بيئتهم، ولكن هذه الاجتماعية الظاهرة أقرب إلى أن تكون علاقة زائفة على النمو الاجتماعي لأنها لا ترتقي بالطفل من السلم النمائي بل إنها قد تكون مصدراً للخلط والتشويش في التشخيص لأن من المؤكد أن الأطفال مضطربي التوحد يفشلون في تنمية علاقات مع الأقران على نحو يتناسب مع السلوك الارتقائي الذي يتفق مع مستواهم العمري، أما الأفراد الكبار نسبياً أو البالغين فربما يتكون لديهم ميل إلى إنشاء الصداقات، ولكن هذه العلاقة تتميز بنقص للأعراض والتقاليد المرتبطة بالصداقة.

كما ويلاحظ أنه في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) ثم وضع اضطراب الذاتوية " التوحد " في مجموعات تحت مظلة واسعة تسمى باضطرابات النمو الشاملة ولم يكن ذلك التصنيف موجوداً من قبل في كلاً من الدليل التشخيصي الإحصائي الأول والثاني ويلاحظ إن مصطلح اضطرابات النمو الشاملة (Pervasive Developmental disordered (PDD يركز على الجوانب الخاصة بالخصائص غير الطبيعية التي تحدث خلال الطفولة أثناء عمليات النمو وهذا التركيز يقف في مواجهة فقدان الواقع (الذهان Psychosis) لدى البالغين أو الراشدين من الذين كانت الوظائف لديهم من قبل في حالة طبيعية.

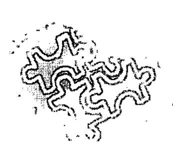
وكما هو موجود في تعريف كانر Kenner فإن المحكات الموجودة في الدليل التشخيصي

الإحصائي الثالث DSM لا يتضمن "الاضطرابات الحسية" كما يفعل روتر Ratter 1983 فهي تؤكد أن الذاتوية كاضطراب معرفي يحتوي على صعوبة في اللغة ومشاكل في كل من العلاقات الاجتماعية وترميز الوظائف.

وبالرغم من أن التصنيف في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSMIII حقق تقدماً كبيراً فيما يخص فلسفة الاضطراب إلا إنه انتقد لكونه لا يمكن وضعه في شكل كمي (Cox & Mesibov 1995).

كما أن هذا التصنيف قدم الذاتوية على أنه اضطراب ثابت دون وضع في الاعتبار تغييرات النمو التي تحدث في الأعراض لدى الأطفال الأكبر سناً.

ويضيف الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الرابعة DSM.IV الصادر في 1994 إلى الأعراض السابقة نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية لأن وعي الاجتراري بالآخرين متضرر بشكل كبير بغياب البعد الإنساني عن هذه الوعي، فالطفل التوحدي يُكون مفهوم واضح عن الحاجة للآخرين أو ما يمكن أن يعانيه الآخرون بسببه مثلاً، ويتضمن عطب الاتصال بالآخرين التضرر الكبير في المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية، بل إن اللغة قد تغيب تماماً، ولغة الاجتراري بصفة عامة تتميز ببناء قواعد أو البناء اللغوي النحوي على صورة فجة وغير ناضجة والصداء اللفظي، وقلب الضمائر، وعدم القدرة على فهم المصطلحات المجردة ولحن الكلام الشاذ مثل إنهاء أي جملة عادية بلهجة التساؤل، كما يتضمن الاتصال غير اللفظي النقص في التعبيرات الوجهية المناسبة من الناحية الاجتماعية، وعندما يتحدث الأطفال الاجتراريون يتضح قدر العطب الذي يعانونه في القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها كذلك من مظاهر البطء اللغوي في الاجترارية إن الطبقة الصوتية Pitch واختلاف شدة الصوت والمعدل والارتفاع أو الضغط على بعض الكلمات، وكلها تكون في المعدل أو الشكل الشاذ أو غير المألوف مثل نغمة الصوت أو تكرار الكلمات أو الجمل من غير ما ضرورة أو استخدام اللغة الاستعارية Metaphoric Language التي لا يفهمها إلا المحيطون بالطفل، كذلك عجز الطفل عن اللعب التخيلي والتلقائي والمنوع أو اللعب القائم على التقليد الاجتماعي الذي يثقف مع المستوى الارتقائي المفترض لعمر الطفل، ويظهر الاختلال في هذا الجانب إذا ما شارك الآخرين في الألعاب فإنه يفعل ذلك بأسلوب نمطي وفي سياق يخرج تماماً من سياق اللعب وعلى نحو يكشف عن عدم فهم لمعنى اللعب ودلالة الموقف ويثقف مع سلوك الميل الاجتراري الواضح المتمثل في الأنماط السلوكية الجامدة



والمكررة والمحددة والأنشطة والاهتمامات المحددة والشادة في حدتها أو فيما تركز عليه مع التمسك الشديد بقواعد وطقوس معينة غير وظيفية.

ولحسن الحظ فإن التعريف الموجود في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV يتطابق مع ما هو موجود بالتصنيف العالمي العاشر للأمراض(ICD10) من حيث المفهوم وبالرغم من توافر العديد من أدوات التشخيص المطورة والجيدة، فلا مناص من خبرة المعالج في هذا المجال.

وفي دراسة تم فيها اختبار محكات الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-IV وجد كل من كلين وفولكسن (Volkman & Kiln, 1995) إن الظروف تتمثل في الخلفية التخصصية بين تقديرات المختصين كانت دلالتها ضعيفة، وإن الفروق في الخبرة العلاجية الاكلينيكية فيما يتعلق بالمدة التي قضاها المعالجون مع أطفال ذوي التوحد كان لها دلالة تمييزية أكبر على معاملات الثبات ولحسن الحظ فإن معاملات الاتفاق الخاصة بكل المتغيرات كانت في مستوى جيد إلى ممتاز بالنسبة للدلالة الاكلينيكية التي تعطي مصداقية للقدرة الوصفية Ability Descriptive لهذه المحكات.

وتعتبر المحكات الموجودة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع وكذلك في التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) هي المحكات الأشمل في تشخيص الذاتوية (اضطراب التوحد) حتى الآن.

ويجب أن نشير إلى أنه يتوجب وجود عدد من الاختصاصيين من ذوي الخبرات الجيدة في مجال الذاتوية يؤدي بالوصول إلى تشخيص أكثر دقة ويقلل من الأخطاء التشخيصية والاجتهادات الفردية، ولذلك لابد من تقييم الطفل المشتبه إصابته بالذاتوية من قبل الفريق الشامل متعدد التخصصات الذي يضم عدداً من الاختصاصيين بحيث يقوم كل بحسب تخصصه بتقييم الطفل ليتم في النهاية اعتماد التشخيص النهائي.

ويشمل أعضاء فريق التشخيص على طبيب العام، طبيب أطفال، طبيب الأمراض العصبية، اختصاصي السمعيات، اختصاصي النطق واللغة، اختصاصي التربية الخاصة، اختصاصي العلاج الطبيعي والوظائفي، الاختصاصي الاجتماعي، الاختصاصي النفسي، الطبيب النفسي.

ويضيف علاء الدين كفافي إنه من محكات التشخيص الأساسية في الاجترارية السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار على ذلك وكأنها أقرب إلى الطقوس التي لا ينبغي أن تضمن مثل الذهاب إلى المدرسة من طريق واحد لا يتغير ومثل

حركات اليدين النمطية التي تتم عند التصفيق أو الطرقعة أو تحريك الصوابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي على أطراف القدمين، وكذلك من ألوان السلوك الغريب في الاجترارية الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء الصغيرة مثل الأزرار أو أجزاء الجسم ومحاولة الاحتفاظ بأشياء صغيرة ليست لها قيمة كقطع من الخيط أو المطاط، والإعجاب إلى حد الافتتان بالأشياء المتحركة خاصة الدوارة مثل المروحة الكهربائية أو العجلات التي تدور وفتح أبوابها وغلقها، ومن مظاهر هذا الاضطراب مقاومة التغيير والثورة على أي مظاهر توحي به ولو في الحدود البسيطة فقد يثور الطفل ثورة عارمة إذا ما تغير مكانه على مائدة الطعام ويختتم علاء الدين كفافي حديثه بقوله إن خلاصة المحكات التشخيصية هي أن تؤدي الوظائف بشكل شاذاً أو متأخر قبل سن الثالثة في واحد من الميادين الثلاثة الآتية:

التفاعل الاجتماعي، واللغة كما يستخدمها في التواصل الاجتماعي، اللعب الرمزي أو التخيلي، وفي معظم الحالات لا يعيش الطفل الاجتراري فترة سوية في حياته، وإن كانت التقارير تذكر عن بعض الأطفال أنهم خبروا فترة من النمو السوي لفترة عام أو عامين ولكن هذا السواء ينتهي عندما يبلغ الطفل سن الثلاث سنوات.

ويرى وولف Wolf 1988 إنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال ملاحظة الأطفال المصابين به حيث أنهم يعانون من:

1) عطب واضح في الاتصال التفاعلي بالآخرين.

2) عطب واضح في الارتقاء اللغوي، وغالباً ما يردد الطفل الاجتراري الكلمات ويعاني غالباً من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الأفراد أنا ويلقب نفسه أنت بالإضافة إلى عدم القدرة على التخيل وتقليد الآخرين.

3) ممارسة أنماط سلوكية نمطية.

وترى كريستين مايلز (1994) أن الطفل التوحدي يمكن التعرف عليه لأنه تبدو عليه كثير من السمات أهمها:

1) لا يطور علاقات شخصية، ولا يستجيب الطفل الرضيع للحمل والاحتضان ويتجنب الطفل الأكبر سناً في العادة النظر في وجه إنسان آخر، ويمتنع بشكل خاص عن إقامة الاتصال بالعين Eye Contact وعندما يمسك الطفل التوحدي بيد إنسان آخر فكأنه يمسك بقطعة أثاث وليس إنسان.



2) لا يبدو عليه إنه يعرف بوجود هوية شخصية أو ذات خاصة به، وكثيراً ما يحاول هؤلاء الأطفال استكشاف أجسادهم والإمساك بها كما لو كانت أشياء جامدة، وإلى درجة إيذاء أنفسهم، وإذا تمكن هذا الطفل التوحدي من الكلام فإنه قد لا يدرك الفارق بين أنا وأنت وهو وهي.... الخ.

3) التعلق الاستحواذي المأخوذ بأشياء معينة يسعى الطفل إلى الإمساك بشيء واحد دوماً كقطعة قماش أو كوب يشعر بالحزن الشديد إذا أخذ هذا الشيء منه.

4) يصبح شديد الحزن إذا تغيرت البيئة المحيطة به بأي طريقة كانت مثلاً: إذا نقل الأثاث من موقعه المعتاد، أو إذا افتقد شيئاً مألوفاً لديه، وقد ينزعج الطفل إذا جرى خرق للروتين، ولم يحافظ عليه بصراحة، وكثيراً ما تتطور عنده طقوس معينة كأن يطوي ملابسه بطريقة معينة، وأن يصر على جلوس الناس في أماكن معينة لتناول الطعام، وأن يغتسل بطريقة معينة وقد يرفض الطفل أكل طعام غير مألوف لديه ومعظمهم يفضلون الأطعمة المقرمشة كالشبسي والطعام اللاذع وما إلى ذلك.

5) يظهر حزنه بنوبات غضب أو يعض نفسه أو يأتي بحركات معينة، كالهز إلى الأمام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه وكثيراً ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه.

6) شذوذ الإدراك، فكثيراً ما يستجيب الأطفال التوحديون بطرق غريبة، فقد يحب الطفل إمساك وتفحص أجسام دقيقة، كحبات الرمل أو بذور الأعشاب، ويبدو وكأنه لا يشعر بشيء قد يسبب له الألم.

7) عدم امتلاك ناحية اللغة، أو امتلاك القليل منها فقط، ويمكن للطفل الذي يملك بعض القدرة على الكلام أن يكرر جملاً قد سمعها قبل زمن، وقد يفتقر صوت الطفل إلى التعبير أو النغمة، وقد لا يفهم الضمائر الشخصية ولا يفهم الطفل الإيماءات ولا يستعملها في العادة.

8) قد يكتسب الطفل أوضاع أو طرق غريبة عندما يتحرك فقد يفتل الطفل خيطاً أو يلعب بطريقة محددة بأي شيء آخر.

9) لا يلعب بطريقة تخيلية، فهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو

كسيارات تسير على الطريق).

10) على الرغم من كون بعض الأطفال التوحديين متخلفين عقلياً، فإن لدى بعض الآخرين جزءاً من القدرة على حساب الأعداد بسرعة وبشكل صحيح، ويمكن للبعض الآخر الذي لا يستطيع التكلم أن يعبر عن مشاعره بكتابة الشعر أو أن يمتلك قدرة موسيقية خارقة، أو أن يرسم شكل ومعادي.

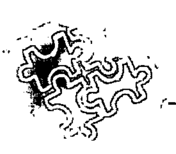
وقد شدد كانر Kanner على العجز الاجتماعي باعتباره مظهراً أساسياً في تشخيص التوحد، وإن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب (التوحد) هي الضعف والانحراف الاجتماعي Social Deviance وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديين، مبيناً أن أهم ما يميز الآخرين هو العجز وضعف الأداء الاجتماعي Social Dysfunction وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي نعتمدها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم Kanner .

كما شدد روتر (1978)على النمو الإجتماعي غير السوي في التوحد وأعتبره من أهم المظاهر الجوهرية والأساسية في تعريف الإضطراب ، وقد أعتبر الدليل التشخيصي والإجصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية (DSM _ 111.R) الصادر 1978 العجز في التفاعل الاجتماعي المظهر الرئيسي بين ثلاث مظاهر تشكل اللوحة الاكلينيكية للتوحد (العجز الاجتماعي، اضطراب التواصل، فقدان الاهتمام والأنشطة) وأصبح تعريف العجز الاجتماعي أكثر تحديداً ودقة بحيث يجب أن يظهر على الفرد نمطان سلوكيان على الأقل من الأنماط الخمسة المذكورة في معايير تشخيص العجز الاجتماعي في (DSM-III.R) وهي:

1) عدم القدرة على إدراك الآخرين والشعور بهم.
2) عدم طلب المساعدة والعون أو القيام بذلك بشكل غير سوي.
3) العجز عن التقليد أو التقليد غير السوي.
4) اللعب الاجتماعي غير السوي.
5) عجز ثابت في القدرة على تكوين علاقات مع الأقران.

ويذكر كوجل وآخرون Koegel، at.et 1982 إن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم (التوحد) هي:

1) قصور اجتماعي يتمثل في الانسحاب الاجتماعي، الانطواء على النفس وعدم



القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

2) قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية Abilities Perceptual and cognition وضعف وتشتت الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.

3) عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.

4) النشاط الحركي المفرط .

5) وقد حدد شارون نيورت (1999) Sharyn Neuwirh وآخرون محكان تشخيص التوحد فيما يلي:

1) قصور محدد في العلاقات الاجتماعية

2) نمو أولي (عدم الوصول لمستوى النمو الطبيعي لمهارات التواصل

3) سلوكيات نمطية تكرارية اهتمامات وأنشطة محدودة

4) مع ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر.

وقد تلاحظ إن الأطفال التوحديين من سن 10 إلى 12 شهراً لا يرغبون في لفت انتباه الآباء لهم أو يشركونهم بالإشارة للأشياء، كما يتجنبوا النظر، بل ويبعدوا وجوههم عن والديهم وعدم إظهار تعاطف نحوهم، ويميل بعض التوحديين وبخاصة البنات بأن يكن لديهم ابتسامة ثابتة، فالتواصل غالباً به خلل من اللف والدوران واللغو الذي لا علاقة له بالموضوع ،

مع فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، وكذلك عدم استخدام الإشارة المصاحبة التي تساعد في التأكد أو توضيح التواصل الكلامي، وتجدر الإشارة إلى "رويارز" الذي لخص محكات التشخيص الواردة في (DSM-IV) كما يلي:

1) افتقاد الاستجابة للآخرين 2) قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي 3) قصور واضح في النمو اللغوي 4) مقاومة التغيير والإصرار على الرتابة والروتين 5) ضعف في القدرة العقلية 6) قصور في فهم الانفعالات 7) قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والاهتمامات 8) عدم ظهور أعراض الريت Rett أو إسبرجر Asperger 9) عدم ظهور الهلاوس والهذاوات وتفكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام 10) بدء ظهور أعراض التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر.

وقد قام (1961) Greak، et.al بإعداد تقريراً عن زملة أعراض الشيزوفرينيا لدى

الأطفال Chizophrenia Syndrome in Children وقد تضمن هذا التقرير قائمة من تسع نقاط عرفت فيما بعد باسم نقاط كريك التسع Greak Nine Points وذلك تستخدم في تشخيص الأطفال التوحديين هي:

1) القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية

Severely Impaired Relationship

2) فقدان الإحساس بالهوية الشخصية

Lock of a sense of personal Identity

3) الانشغال المرضي بموضوعات معينة

Pathological preoccupation with particular

4) مقاومة التغيير في البيئة

Resistant to change in the Environment

5) إدراكية غير سوية

Abnormal perceptual Experience

6) الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي

Acute Excessive and Seemingly illogical Anxiety

7) التأخر في الكلام واللغة

Speech and Language Retardation

8) الحركات الشاذة غير العلمية

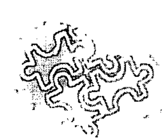
Unusual Movements

9) انخفاض في مستوى التوظيف العقلي

Mental Functioning

ويؤكد محمد عودة (2015) بأن هناك ملاحظة مهمة جداً يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار ويجب أن تتاح للأفراد الذين تم تشخيصهم.

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM.IV) باضطراب الذاتوية، اضطراب إسبرجر، أو اضطراب النمو المنتشر الغير محدد يجب أن يطلق عليهم



في التشخيص (اضطراب طيف التوحد) والأفراد الذين لوحظ لديهم ضعف في التواصل الاجتماعي، ولكن الأعراض لا تنطبق عليها معايير اضطراب طيف التوحد، يجب أن يتم تقييمهم تقييماً ضمن اضطراب التواصل (براغماتية) الاجتماعي ويتطلب ذلك تحديد ما يلي:

- مع أو بدون ضعف عقلي
- مع أو بدون ضعف اللغة
- يرتبط مع حالة طبية أو وراثية أو عامل بيئي
- يرتبط باضطراب نمو عصبي آخر، اضطراب عقلي، أو اضطراب سلوكي.

وأخيراً لا بأس من عرض أهم الطرق والوسائل المتاحة لتشخيص الاضطراب والتي ارتكز عليها غالبية العاملين في هذا المجال وذلك من خلال عرض محكات التشخيص كما وردت في كل من:

الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الذي يصدره الاتحاد الأمريكي للأطباء النفسيين طبعته الثالثة DSM – III. 1980 (مع ملاحظة إن هذا الدليل لم يتضمن أي إشارة لهذا الاضطراب في طبعته الأولى 1952 والثانية 1968) وطبعته الثالثة المعدلة (DSM – III. R. 1987) والرابعة (DSM-IV 1994) وكذلك تصنيف (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية WHO.

أولاً محكات تشخيص التوحد كما جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III)

1) قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم وتجنب النظر في عيون الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من انفعالات.
2) قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل الترديد الآلي Echolalia اللغة المجازية وعكس الضمائر.
3) قلة الاهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير والتعلق بأشياء تافهة.
4) عدم وجود هذاءات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.

5) ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً من العمر. (American psychiatric Association 1980).

وتعتبر كلها تدور حول خصائص النمو.

وقد طرأ تعديل على هذه المحكات بتعديل الصفة من Infantile Autism "صفة الطفولة على التوحد" فقد ثبت وجود حالات لا يبدأ ظهور أعراضها إلا بعد 3 شهراً من الولادة ولهذا تم تعديل فظهر التوحد بعد ذلك كنوع قائم بذاته مع الغاء طفولي Infantile واعتبر إحدى إعاقات النمو المنتشرة (P.D.D Pervasive Developmental Disorder) وفق الطبعة الثالثة "المعدلة" للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض (1987) أو الشاملة وقد احتوى هذا الدليل وصفاً تفصيلياً لمحكات تشخيص التوحد، جاءت في ثلاث مجموعات شرط أن يتوافر ثمانية أعراض من الستة عشر التي هي مجموع الأعراض التي وردت في الثلاث مجموعات على أن يكون اثنين على الأقل من المجموعة (أ) واحد على الأقل من المجموعتين (ب) و(ج) بالإضافة إلى شرط المجموعة الرابعة المتعلق بيد ظهور الأعراض.

ثانياً محكات تشخيص التوحد كما جاءت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث "المعدل" (DSM-III.R)

وتتركز جميعها في:

1) صعوبة في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

2) صعوبة في التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي.

6) نشاطات واهتمامات محدودة.

1 . 1) قصور واضح في فهم مشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.

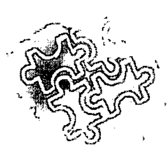
2) عدم البحث عن الراحة وقت التعب وعدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.

3) غياب القدرة على التقليد.

4) عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.

5) عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق وعدم الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية.

2. 1) عدم القدرة على التواصل لغوياً بالآخرين، ويظهر ذلك في الكلام غير المعبر وترديد اللغة المنطوقة.



2) عدم القدرة على التواصل غير اللفظي ويظهر في نظرات العين، فقدان الابتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة في المواقف الاجتماعية.

3) قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعدم الاهتمام بالروايات الخيالية.

4) شذوذ واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء.

5) شذوذ واضح في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.

6) شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره.

ج. 1) حركات للجسم قسرية مثل رفرفة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس.

2) الاندماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسة مفاتيح، شم الأشياء بدلاً من النظر إليها، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.

3) استجابات سلوكية شديدة، والعنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل تغيير وضع فازة من مكان لآخر، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير.

4) إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث المأكل، الملبس، اللعب، الحركة، والإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.

5) نقص ملحوظ في الاهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الاهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعواميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.

6) بدء ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث مع العمر.

ثالثاً/ تشخيص التوحد طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)

ويتم التشخيص لاضطراب التوحد من خلال هذا التصنيف إذا توافرت علامة واحدة في كل المجموعة أ، ب، ج إضافة إلى ستة على الأقل من المجموعة.

● المجموعة (أ) خلل وعجز في التفاعل الاجتماعي ويظهر فيما يلي:

1) عجز واضح في استخدام السلوك الغير اللفظي المتعدد Multiple Nonverbal Behavior مثل الحملقة بالعين Eye to eye gage والتعبير الوجهي Facial

Expression والوضع الجسدي Body Postures أو الإيماءات Gestures

2) الفشل في نمو العلاقات بصورة ملائمة لمستوى النمو.

3) نقص البحث التلقائي عن مشاركة المتعة والاهتمام مع الآخرين.

4) نقص المشاركة الاجتماعية والعاطفية.

● المجموعة (ب) العجز الكيفي في الاتصال Communication

1) تأخر أو نقص كامل في تطور اللغة اللفظية مع عدم محاولة إيجاد لغة أو طريقة بديلة للاتصال مثل الإشارة.

2) عجز واضح في القدرة على بدء الحوار مع الآخرين.

3) استخدام متكرر للغة.

4) الاقتصار في محاكاة الآخرين وتقليدهم بصورة تتناسب مع المستوى الارتقائي.

●المجموعة (ج) الأنشطة والاهتمامات

1) الانشغال بنوع أو أكثر من الاهتمامات من إعطاء تركيز مكثف.

2) انشغال مستمر بأجزاء من الأشياء وليس ككل.

3) سلوك نمطي متكرر.

4) عدم المرونة وعدم القدرة عن التخلي عن الروتين.

إضافة إلى قصوراً في واحدة على الأقل من الجوانب الثلاثة الآتية:

1) التفاعل الاجتماعي

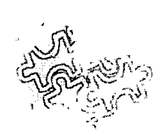
2) اللغة واستعمالها في الاتصال الاجتماعي

3) اللعب الرمزي أو الخيالي (DSM-IV, 1994)

رابعاً/ تشخيص التوحد وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) من عام 2013 ثم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض العقلية والذي نشر معايير إلى:

1) العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات وذلك من خلال ما يلي حالياً أو من خلال التاريخ السابق.

1) العجز في التبادل أو المعاملة الاجتماعية والعاطفية، والتي تتراوح على سبيل المثال



ما بين النضج الاجتماعي الغير طبيعي والفشل في إجراء محادثة عادية بين طرفين إلى انخفاض مشاركة الاهتمامات ومشاركة العواطف، أو ما تأثر به إلى الفشل في البدء أو المبادرة أو الاستهلال بالتفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها.

2) العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، والتي تتراوح على سبيل المثال، من ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى ضعف في التواصل البصري وضعف لغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

3) العجز في فهم وتطوير العلاقات والحفاظ عليها، ويتراوح ذلك على سبيل المثال من صعوبات في تكيف السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات لعدم وجود اهتمام بالأقران.

- أما تحديد درجة الشدة الحالية فتمكن من خلال الآتي:

2) تستند درجة الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي ومحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها وذلك من خلال اثنين على الأقل من التالي: (بعض الأمثلة التوضيحية فيما يلي):

1) حركات حركية نمطية بسيطة كأن يصفُ الألعاب ويضعها في صفوف، أو تقليب الأشياء والترديد أو المصاداة، والعبارات التي تتصف بالغرابة.

2) الإصرار على الرتابة والجمود وعدم المرونة في الالتزام بروتين معين، أو أنماط شكلية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثال الضيق الشديد الذي ينتاب الطفل التوحدي عند حدوث أي تغيير ولو بسيط، صعوبات مع التحولات أو الانتقالات المرحلية، من مرحلة إلى أخرى وأنماط التفكير الجامدة وطقوس خاصة للتحية ويحتاج إلى اتخاذ نفس الطريق أو يأكل نفس الطعام كل يوم.

3) المحدودية الشديدة والتركيز على الاهتمامات غير طبيعية في كثافتها أو تركيزها مثل الارتباط القوي أو الانشغال بأشياء غير عادية أو اهتمامات مقيدة بشكل أو الاستمرار عليها.

4) فرط الحركة أو فرط الإحساس بالمدخلات الحسية أو اهتمام غير عادي بالجوانب الحسية من البيئة (على سبيل المثال، عدم اكتراث واضح للألم/ درجة الحرارة، والاستجابة السلبية للأصوات أو الحركة).

ح) يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة النمو المبكر (ولكن قد لا تصبح

واضحة تماماً حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية قدراته المحدودة) أو قد تكون مخفية بسبب استراتيجيات تعلمها في الحياة في وقت لاحق).

ء) الأعراض تسبب ضعف اكلينيكياً هاماً في المجالات الاجتماعية، والمهنية، أو غيرها من المجالات الأخرى الهامة من مجالات الأداء الحالي.

ه) لا يتم تفسير هذه الاضطرابات بشكل أفضل من خلال الإعاقة العقلية (اضطرابات النمو الفكري) أو تأخر في النمو العام.

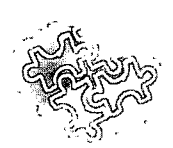
وقد أثار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية الكثير من الجدل حتى أثناء إعداده وخاصة فيما يتعلق بتشخيص التوحد، ولعل هذا ما تبلور في الدراسة التي أجريت في يناير 2014 والتي كانت بعنوان "الأثر المحتمل لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) على تقديرات انتشار اضطراب طيف التوحد والتي قدمها ماذر ريس وزملائه (Maenner. Rice etal. 2014) وكذلك ما قدمته جيلان روز (Jillan Rose) في مقالها بعنوان "المبادئ التوجيهية المعدلة للذاتوية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) يمكن أن تخفض عدد التشخيصات وربما استبعاد بعض الأفراد من الخدمة المقدمة للذاتوية" والذي اعتمدت فيه على دراسته ماذر ريس وزملائه (Macnner Rice. etal. 2014)

والتي تشير إلى المبادئ التوجيهية الصارمة يمكن تغير أعداد الناس الذي يفترض أن يتم تشخيصهم باضطراب الذاتوية – وهو التعبير الذي يحمل أهمية نظراً لأنه ربما قد يؤدي إلى استبعاد العديد من الأطفال من الحصول على الخدمات التي قد يحتاجونها.

ووفقاً لذلك فإنه إذا اجتمع 12 من المعايير، فإنها يمكن أن تدرج تحت واحدة من عدة حالات مختلفة: اضطراب الذاتوية، اضطراب الطفولة الانتكاسي، واضطراب النمو الواسع الانتشار الغير محدد، أو اضطراب اسبرجر.

ولكن المبادي التوجيهية الجديدة جمعت بين كل هذه الحالات تحت اسم واحد هو اضطراب طيف التوحد (ASD)

ويتطلب تشخيص الأطفال تلبية معايير أكثر صرامة. حيث يجب أن تظهر اثنين من أصل أربعة أنواع من الأنماط السلوكية المتكررة وثلاثة من العجز في التواصل الاجتماعي وتقول الدراسة أن الخبراء يشيروا إلى أن معايير (DSM-5) تتطلب وجود الحد الأعلى من الأعراض.



وتوصلت الدراسة إلى أن تقديرات انتشار اضطراب طيف التوحد من المرجح أن تكون أقل وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) وإنه وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR) مضيفاً إلى ترجمة فرضياتهم إلى واقع ويعتمد على كيفية اختيار كل طبيب للاستفادة من المعايير الجديدة عند التشخيص للأطفال.

وقام الباحثون بتحليل قاعدة بيانات نحو 6577 طفل يبلغون من العمر 8 سنوات ثم تشخيصهم باضطراب التوحد وفقاً للمعايير القديمة، ووجدوا إنهم إذا طبقت المبادي التوجيهية الجديدة على هؤلاء الأطفال فسوف يحتفظ 5933 طفل بنفس التشخيص معظم هؤلاء الأطفال من خلال خفض معيار إضافي واحد فقط.

ويشير الباحثون إلى أن هذه التغييرات دخلت حيز التنفيذ بأمريكا منذ عام 2008 وهذا ما جعل معدل انتشار هذا الاضطراب في أمريكا كان أقل بحيث كان واحد لكل 100 طفل، خلافاً لأحدث التقديرات والتي كانت واحد لكل 88 طفل.

ولكن كيف يمكن أن تؤثر هذه المعايير الصارمة على الأطفال الذين لن ينطبق عليهم واحد أو اثنين من المعايير الجديدة ولكنهم سيكونون بحاجة إلى خدمات واهتمام لن يتوفر لهم.

وبعبارة أخرى كيف يمكن لصرامة الكلمات والفئات استبعاد الأطفال الذين ليس لديهم فئة ولا يندرجون تحت فئة محددة.

ويشير مايكل روزانوف Michael rosanoff المدير المساعد البحوث الصحة العامة لمنظمة Autism Speaking للتوحد إلى أن التغيير يؤثر على الأطفال الذي يرى أطباؤهم أعراضهم للمرة الأولى لكن أكثر ما يثير القلق على حد قوله هو ما يمكن أن يحدث للأفراد الذين شخصوا للمرة الأولى. أو يتم إعادة تقييمها باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5) ويشير رزانوف Rosanoff إلى أن أي تغيير في المعايير لا يعني بالضرورة وجود تغيير في ما إذا كان الشخص يمكن أن يستفيد من الخدمات.

وعلاوة على ذلك، يشير Rosanoff إلى أن معظم الأطفال المستبعدين من اضطراب طيف التوحد التشخيصي وفقاً للمعايير الجديدة قد تتلقى تشخيص جديد من اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) Social Communication disorder بدلاً من ذلك.

كما إن ذلك يمكن أن يكون مشكلة "حيث لا يوجد حالياً أي مبادئ توجيهية لعلاج

اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) وأضاف رزانوف Rosanoff حتى يتم تطوير هذه المبادئ التوجيهية فإن كثير من المدافعين عن أطفال التوحد يرون أن جميع الذين يتلقون هذا التشخيص يجب أن تقدم لهم خدمات تدخل التوحد المناسبة.

ويضيف إن التغييرات من DSM – IV إلى DSM – 5 سوف يجعل الأمر أكثر صعوبة لتعقب اضطراب طيف التوحد في أمريكا فأرقام المستقبل قد لا تكون قابلة للمقارنة كأرقام الماضي "يجب علينا أن لا نغفل عن الزيادة الكبيرة في معدل انتشار اضطراب التوحد مع مرور الوقت والحاجة إلى فهم أفضل بالإضافة إلى تغيير معايير التشخيص قد تكون السبب في حدوث ذلك.

ويمكن أخيراً تقديم بروفايل محدد لتشخيص اضطراب التوحد كما جاء في تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) من حيث محكات التشخيصي والأعراض كما يلي:

أولاً محكات التشخيص:

1) خلال (عيوباً) مستمرة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي تحدث في سياقات متعددة وتظهر، سواء الآن أو في التاريخ الشخصي فيما يلي:

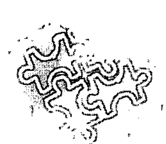
1- عيوباً في تبادل المشاعر الاجتماعية وتتراوح على سبيل المثال ما بين إبداء طرق شاذة اجتماعياً والفشل في تبادل أطراف الحديث، إلى قلة المشاركة في الاهتمامات والانفعالات والوجدان إلى الفشل في البدء أو الاستجابة للتفاعلات الاجتماعية.

2- عيوباً في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي تتراوح على سبيل المثال ما بين افتقار التكامل ما بين التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى اضطراب في التواصل البصري ولغة الجسد أو عيوباً في فهم واستخدام التلميحات الجسدية، وصولاً إلى افتقار كلي للتعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3- عيوباً في بناء واستمرار وفهم العلاقات، تتراوح على سبيل المثال، ما بين صعوبات في تعديل السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المتنوعة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إقامة الصداقات وصولاً إلى غياب الاهتمام بالأقران.

2) الأعراض:

إظهار أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة تبدو في اثنين على الأقل مما يلي سواء في الوقت الحالي أو في التاريخ الشخصي للفرد:



1- قوالب حركية أو حركات جسدية متكررة، في استخدام الأشياء أو الكلام (مثل القوالب الحركية، وضع اللعب في صف، قلب الأشياء بتدويرها، إعادة الكلام (ايكولاليا) أو تكرار الجمل.

2- إصدار على التماثل، والالتزام المتشدد بالروتين، أو الطقوس النمطية للسلوك اللفظي وغير اللفظي (مثال الضيق الشديد عند حدوث تغيرات طفيفة، صعوبة التحول أو التغيير، أنماط التفكير المتصلب، طقوس التحية، الحاجة إلى اتخاذ نفس المسار أو أكل نفس الطعام كل يوم).

3- اهتمامات محددة جداً وثابتة غير طبيعية في الشدة أو في التركيز (مثال التصاق قوي أو انشغال مستمر بأشياء غير معتادة واهتمامات شديدة التغيير أو منخفضة للغاية).

4- النشاط الزائد أو قلة النشاط رداً على المداخلات الحسية أو الاهتمامات غير المعتادة في الجوانب الحسية في البيئة (مثال، عدم الاستجابة الواضحة للألم أو للحرارة واستجابة عكسية رداً على أصوات معينة أو ملمس معين، لمس متزايد أو شم متزايد للأشياء، والافتتان البصري بالأضواء أو الحركات).

وتتحدد الشدة للأعراض السابقة وفقاً لشدة الاضطراب ومدى محدودية وتكرار الأنماط السلوكية على درجة من 1 إلى 3.

ج) يجب أن تكون الأعراض موجودة في الفترة المبكرة من النمو (ولكنها قد لا تظهر بشكل كامل حتى تصبح المتطلبات الاجتماعية أكبر من القدرات المحدودة لدى الفرد، أو قد تكون مغلقة باستراتيجيات التعلم في مراحل الحياة التالية).

ء) أن تتسبب الأعراض في حدوث اضطراب واضح في الحياة الاجتماعية والمهنية أو أي مجال مهم آخر في التوظيف النفسي حالياً.

ه) أن يكون من الأفضل تفسير هذه الاضطرابات بعزوها إلى القصور (العقلي) الذهني أو اضطراب الارتقاء (العقلي) الذهني أو بعزوها إلى تأخر كلي في النمو والارتقاء.

كثيراً ما يكون هناك حدوث متزامن للقصور العقلي واضطراب طيف التوحد، ولكي نضع تشخيص التشارك في الحدوث لهما، يجب أن يكون مستوى التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع بالنسبة للمستوى العام للارتقاء.

مع ملاحظة أنه يعطي تشخيص اضطراب طيف التوحد للأفراد الذين سبق تشخيصهم في الـ DSM.IV بأنهم مصابين باضطراب التوحد أو اضطراب إسبرجر أو الاضطراب النمائي المستمر غير المحدد.

كما يجب أن يتم تحديد ما إذا كان الاضطراب:

- مع أو بدون اضطراب ذهني (عقلي).
- مع أو بدون اضطراب في اللغة.
- مرتبط باضطراب نمو عصبي أو عقلي أو سلوكي.
- مع اضطراب كتاتوني.

خامساً/ اضطراب التوحد كما جاء في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD 10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992 (WHO والتي تتمثل في الآتي:

1- قصور في التعامل الاجتماعي المتبادل.
2- قصور نوعي في التواصل.
3- نماذج محدودة ومكررة ونمطية في السلوكيات والاهتمامات والأنشطة.
4- شذوذ واضح في النمو يتضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر.

ويرى العديد من الباحثين إن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM – IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD – 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية 1992) (WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن.

أدوات التشخيص لإضطراب التوحد

تتعدد وسائل وأدوات التشخيص ومنها :

1) الدليل التشخيصي والإحصائي 5&4 للاضطرابات العقلية DSM-IV &DSM 5
2) مقياس التوحد الطفولي CARS
3) مقياس جليام التقديري لتشخيص التوحد GARS
4) مقياس النفس تربوي / الإصدار الثالث PEP-3

5) تقويم السلوك اللغوي للمصابين بالتوحد والأطفال ذوي الصعوبات النمائية

Behavioral Language Assessment for Children with Autism the Disabilities or other Developmental

6) أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء

Atypical Children (&for Autistic Behavior Rating Instrument BRIAAC)

7) مقياس ملاحظة السلوك

Behavior Observation Scale(BOS)

8) جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد

Autism Diagnostic Observation Schedule(ADOS)

9) مقياس تشخيص التوحد _ المعدلة

The Autism Diagnostic Interview. Revised. (ADI l R)

10) الأداة المسحية لحالات التوحد للتخطيط التربوي _ الطبعة الثانية

Instrument For Educational Planning Autism Screening

11) جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة

Observation Schedule (pl-pre-Linguistic Autism Diagnostic(ADOS)

12) قائمة التوحد للأطفال دون السنتين

Checklist For Autism in Toddlers (CHAT)

13) أداة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين

Sereenting Test For Autism in 2 Years Olds(STAT)

14) مقياس الحياة الواقعية

Real Life Rating Scales (PLRS)

15) التقويم المختصر لسلوك الرضيع

Infant Behavior Summarized Evaluation (IBSE)

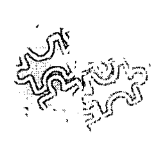
16) قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة

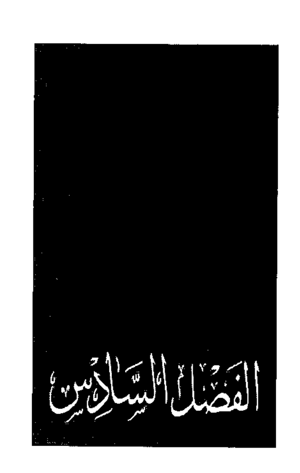
Autism Checkkst of Symptoms of Early Infantile

17) مقياس تقدير السلوك التوحدي

18) مقياس الطفل التوحدي

ومعظم المقاييس سالفة الذكر تقوم على أساس واحد قائم على الأعراض المميزة لإضطراب التوحد والتي تتمثل في (القصور في : التفاعل الإجتماعي _ اللغة والتواصل _ الأنشطة المحدودة والسلوكيات النمطية _ الإضطرابات النمائية) .





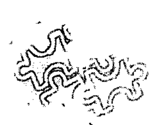
صعوبات التشخيص والتشخيص الفارقي

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقات اضطراب التوحد يشيرون دائماً إلى تشابه السلوك المرتبط بهذا الاضطراب مع أعراض إعاقات أخرى عديدة مثل التخلف العقلي، فصام الطفولة، اضطرابات التواصل، الإعاقة السمعية، صعوبات التعلم، الذهان، ولكي نصل إلى تشخيص دقيق لإعاقة الذاتوية (التوحد) لابد من التعرف على أهم الفروق الجوهرية لإضطراب التوحد وتلك الإعاقات المصاحبة له.

ولما كان الكشف Discover والتشخيص المبكرEarly Diagnosis والمبادرة بتنفيذ برنامج التأهيل المناسب يوفر فرصاً أكثر فاعلية More Effectiveness للشفاء المستهدف، أو تخفيف شدة الأعراض، فإن التأخر في كشف وجود الإعاقة، وبالتالي التأخير في برنامج التأهيل قد يؤدي إلى تدهور أكثر وإلى زيادة شدة الأعراض أو ظهور أعراض أخرى مختلفة تحد كثيراً من فاعلية برامج التأهيل والتدخل العلاجي. ويرى بينتو وروجرز (Bennetto & rogers. 1996) إنه قد يكون لدى الطفل المصاب باضطراب التوحد شلل دماغي CP أو قصور سمعي أو بصري أو زملة أعراض داون (الطفل المنغولي) أو أي شكل من أشكال الاضطراب الكروموزومي أو يصاحب التوحد حالات العسر القرائي Dyslexia واضطراب اللغة أو أي شكل خاص أو عام من صعوبات التعلم. وفي التشخيص الفارق تكون المهمة المطلوبة هي تقرير ما إذا كانت أوجه القصور الخاصة باضطراب التوحد موجودة وأيضاً تحديد ما إذا كان هناك حالة أخرى تؤثر على اللغة أو السلوك.

وترجع أهمية التشخيص الدقيق (الفارق) والمتكامل لحالات الإعاقة إلى تقديم الرعاية المناسبة لتلك الحالات حيث يمكن من خلاله تحديد نوعية احتياطات كل حالة ووضع البرنامج العلاجي المناسب لها، وهو الأمر الذي يساعد على تحقيق التكيف في المواقف الحياتية المختلفة والانخراط مع الآخرين في المجتمع كما يساعد التشخيص الشامل للحالة في سن مبكرة للوصول إلى ما يشبه البروفايل لها وفق استجابتها Response على المقياس Scale حتى يتسنى تقديم الرعاية المتكاملة لها في هذه السن المبكرة.

وفي عام 1975 روجع تعريف Definition الولايات المتحدة عن الإعاقات النمائية واستنتج عن ذلك بأن التوحد قد ضم إلى تلك الإعاقات وفي عام 1980 أخرج من تصنيف Classification الاضطرابات الانفعالية الشديدة إن هذا التغير قد حدث بسبب الخلط في مفهوم التوحد وعلاقته بالأمراض العقلية (Schizophrenia) Psychosis كما أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM.IV 4th – Ed. APA 1994) قد عرف التوحد بأنه اضطراب نمائي وليس انفعالي ويرى لورد وروتر Lored & Rotter



1994 إن اضطراب التوحد وقد أصبح في الوقت الحالي مثل أكثر الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي Searching والاكلينيكي Clinical واتضح من ذلك إن الأطفال مضطربي التوحد يظهرون أوجه قصور شديدة في التفاعل الاجتماعي وإقامة علاقة مع الآخرين.

ولا زالت مسألة تشخيص الاضطراب (التوحد) لا تحظى باهتمام علمي مرموق كباقي دول العالم المتقدم فلا زالت تعاني قصور واضح في أساليب التشخيص مما يترتب عليه تشخيص خاطئ للحالات يتم على إثرها إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية على الرغم من وجود فرق كبير جداً بين التوحد Autism والتخلف العقلي Mental Reterdation ومع إن هذا اضطراب وذلك اضطراب آخر يختلف عنه تماماً وعلى الرغم مما أسفرت عنه دراسات عديدة وما يذهب إليه العديد من الباحثين في هذا المجال من أن حوالي 75 ٪ من مضطربي التوحد يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي وتكون النتيجة إنهم لا يستجيبون لما يقدم لهم من برامج لأنها في واقع الأمر غير معدة لهم وإلى جانب ذلك فقد كانت نتيجة هذا التشخيص الخاطئ إهمال تلك الفئة تقريباً بعدم وجود مدارس خاصة بهؤلاء الأطفال أو جمعيات تهتم بشؤونهم وأسرهم أو مراكز تقدم لهم الخدمات المختلفة.

ويرى درومان وليفيفر (Dorman & Leftover 1999) إنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيصه لأنه ليس مرضاً معيناً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد وسلوكهم ومستوياتهم النمائية وترجع صعوبات تشخيص اضطراب التوحد إلى ما يلي:

19) التوحد إعاقة سلوكية Behavior Impairment تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي Linguistic والمعرفي Cognition والاجتماعي Social والانفعالي العاطفي Emotional وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو باختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعذر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

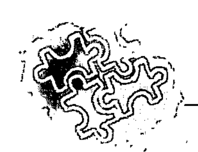
20) تتعدد وتتنوع أعراض Multi Symptoms التوحد فتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض ويرجع ذلك التعدد والاختلاف في الأعراض إلى تعدد وتنوع العوامل المسببة لاضطراب التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية Genetic أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيمائية البيئية المختلفة.

21) قد يحدث الخلل أو الإصابة بطريقة غير مباشرة لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي بيئي كيميائي أو غير ذلك.

22) قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشديد أو المتوسط أو البسيط) أو الصرع أو الإسبرجر أو الريت أو الفصام الطفولي أو إحدى الإعاقات في التعلم كالنشاط الحركي الزائد أو قصور القدرة على الانتباه والتركيز أو الدسلكيا أو الأفيزيا أو غيرها، فتشابك وتعدد الأعراض يجعل من عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً خاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض الأعراض في اضطراب التوحد.

23) إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان، وحيث تصيب المراكز العصبية المنتشرة على لحاء (قشرة المخ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيداً، وما يترتب على ذلك من تعدد صور الخلل الوظيفي ونتائجه السلوكية، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأمراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

24) كذلك تعدد أنواع الإصابات Multi Damager التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الإشعاعي Pollutant الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحوليات أو المبيدات الحشرية أو نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسلية أو الحمى الشوكية أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرني أو سرطان المخ أو الدم وغيرها من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة وبالتالي تتعدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة، فقد تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ Partial Brain وبالتالي ظهور أعراض اضطراب التوحد أو جزء منه كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من الأعراض تُشخص على إنها إعاقة Asperger أو ريت Retts أو إعاقة تخاطب أو تعلم Learning Disability أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض اضطراب التوحد.



25) إضافة إلى كل تلك الصعوبات كلها، فإنه لا يوجد حتى الآن من الاختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد حتى اختبارات الذكاء IQ المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات اضطراب التوحد، بسبب ما تسببه الإعاقة من قصور لغوي، وعجز عن الاتصال والتواصل، أو نشاط حركي زائد أو عدم توفر القدرة على الانتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص .

واعتقد أن أكبر مسبب لعجز تطبيق اختبارات الذكاء IQ على مضطرب التوحد هي تلك العزلة التي يفرضها الاضطراب على الطفل التوحدي مما لا تثري لديه البيئة السيكولوجية التي يمكن من خلالها فهم بنود الاختبارات النفسية بحيث يكون قد شاهدها وربط بين معطياتها ليمكنه الاستجابة والحصول على درجة ذكاء يمكن اعتمادها.

ولزاماً علينا في هذا الفصل أن نقدم ما يمكن من التوضيح لعلاقة اضطراب التوحد (الذاتوية) مع بعض الاضطرابات الأخرى في بعض السمات وكذلك أيضاً إبراز أهم الفروقات بين التوحد والاضطرابات الأخرى المتداخلة معه والتي تميزه وتجعل من تشخيصه واضحاً محدداً وذلك فيما يلي:

أولاً:

1) التوحد والتخلف العقلي Autism and Mental Retardation

يشير بينتو و روجرز Bennetto & Rogers 1996 إلى أن التخلف العقلي خاصية متكررة لدى عدد كبير من المصابين بالذاتوية (التوحد) ويشير هيرملين وأوكونور Hermelin & O'connor إلى أن 75 ٪ من الأشخاص المصابين بالتوحد لديهم تخلف عقلي و إن الخلط بين أعراض إعاقة التوحد ومظاهر الإعاقة العقلية يرجع إلى أنه كثيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط هذه الأعراض وخاصة إذا كان العمر العقلي أقل من 20 شهراً.

وغالباً يكون ذلك ناتج عن وراثة Genetic خللاً كروموزومي أو أحد أمراض التمثيل الغذائي metabolic وإما إلى اختلاف في دم الأم من حيث RH (سالب أو موجب) وإما يكون ناتجاً عن خلل في إفراز الغدة الدرقية، وإما يكون ناتجاً عن تلف في خلايا قشرة المخ بسبب عوامل بيئية حدثت قبل أو بعد الإخصاب أو أثناء الحمل أو الولادة، أو نتيجة الإصابة بعد الولادة بسبب حادث أو أحد الأمراض الفيروسية كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية. والمعروف إن حوالي 40 ٪ من حالات التوحد تكون مصحوبة بتخلف

عقلي أقل من (50-55) أي تخلف متوسط أو شديد Moderate or severe بينما 30 ٪ منها تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط Mild بين (55-70) تلازم الإعاقتين في طفل واحد يشكل صعوبة كبيرة في التشخيص كما يشكل عبئاً ثقيلاً على تكيف الطفل وعلى أسرته ومجتمعه وعلى عمليات التأهيل والتدخل العلاجي، وإذا وجدت الإعاقتان فلا بد من تشخيصهما كأساس لبرنامج الرعاية والتأهيل والتنبؤ بمستقبل الطفل كما لوحظ إنه كلما قل ذكاؤه زادت احتمالات إصابته باضطراب التوحد أو ظهور بعض من أعراضه مصاحبة لأعراض التخلف العقلي، وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل أقل من سنتين (أو حتى 20 شهراً) فتظهر بوضوح صعوبات الكلام Speech Disability والتواصل Communication والتخاطب والحركات النمطية المتكررة وهي من أعراض التوحد، ومن هنا يحدث الخطأ في التشخيص وتحديد ما إذا كانت الحالة تخلفاً عقلياً أو توحد أو كليهما معاً، وهو ما يمكن حدوثه بنسبة 70 ٪ كما أسلفنا، مع ملاحظة إن الأطفال مضطربي التوحد والأطفال المتخلفين عقلياً يتشابهون معاً في العديد من السمات وإن كانا يختلفان في سمات أخرى يمكن من خلالها التمييز بينهما لمن أراد التدقيق وحمل الأمانة العلاجية في رسم الاستراتيجيات التأهيلية خاصة لمضطربي التوحد.

وفيما يلي إبراز نقاط التشابه والاختلاف بين مضطربي التوحد والمتخلفون عقلياً.

أ/ نقاط التشابه بينهما:

1) تكرار السلوكيات النمطية والقهرية.

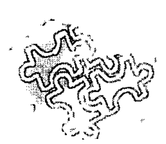
2) صعوبات في الكلام والتخاطب.

3) الأداء الوظيفي المستقل وهو الأمر الذي يتعلق بالإستقلالية في الأداء، حيث من المعروف إن هناك قصوراً في هذا الجانب تتسم به الفئتان معاً.

4) أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً.

5) النشاط المهني الاقتصادي وهو يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين كما أن القصور في كل منهما ينعكس عليه هو الآخر والواقع يشهد أن مثل هذا القصور يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً.

6) وجود قصور في قدرة الأطفال مضطربي التوحد على القيام باللعب التظاهري أو



الادعائي " اللعب الخيالي " إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي وهو الأمر الذي يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً.

7) تتسم كلتا الفئتين بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال مضطربي التوحد يزداد بعض الشيء عن أولئك المتخلفين عقلياً.

8) وجود قصور في الفئتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين وقد يتمثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم "الاعتقادات، النوايا، الانفعالات، البيئة الاجتماعية المحيطة"

ب/ نقاط الفروق بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد والمتخلفين عقلياً نورد فيما يلي:

1) يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على مضطربي التوحد في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية، حيث تتضح تلك الفروق في كل المفردات اللغوية والاستخدام اللغوي والمشكلات اللغوية، أو حتى الاضطرابات اللغوية.

2) يتفوق المتخلفين عقلياً على مضطربي التوحد في مهارات الأداء Performances Skills أو التطبيع الاجتماعي Socialization بشكل عام كما يعكسه أداؤهم الوظيفي الاجتماعي، وما يتضمنه من مهارات اجتماعية واهية يغلفها القصور من جانب الأطفال مضطربي التوحد في التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفون عقلياً، سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى مهارا ت التواصل الاستقبالي.

3) يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي Adaptive Behavior ولا يخفى علينا إن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلتا الإعاقتين معاً، إلا أن هذا القصور يزداد Increase درجة دالة Significance في حالة الأطفال التوحديين قياساً بالمتخلفين عقلياً أو حتى من أي فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية، حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة.

4) أطفال التوحد أقل تفاعلاً مع الآخرين قياساً بالأطفال المتخلفين عقلياً وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي منها وغير اللفظي ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى نموهم الاجتماعي.

5) الأطفال ذوي التوحد أكثر انسجاماً من الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك في المواقف

والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها:

1) تدني مستوى نموهم الاجتماعي.

2) قصور في مهاراتهم الاجتماعية.

3) لامبالاتهم الاجتماعية.

4) قصور اهتماماتهم الاجتماعية.

5) قصور في التواصل.

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين فيتجنبهم، ويعيش في عالمه الخاص، أو التخيلي وهو الأمر الذي يدفع الآخرين إلى أطلاق مصطلح (الذاتوي) عليه لانفراده بذاته فقط بعيداً عن كل من يحيطون به.

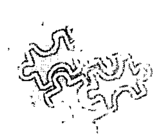
6) يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم مضطربي التوحد في المهارات الاجتماعية بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة أهمها:

1) وعي اجتماعي نسبي . ب) قدرة نسبية على التعلق بالآخرين. ج) قدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحديين في سياقات اجتماعية متعددة.

7) أطفال ذوي اضطراب التوحد أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تضمن ذلك العدوان على الذات Self أو الغير أو الممتلكات سواء كان ذلك العدوان مادياً أو لفظياً، حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة بل إنه يكاد ينعدم نظراً لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة، ومن المعروف أن هذه العدوانية Aggression قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما يتم مضايقتهم ومع ذلك يظل مستوى عدوانهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقلياً.

8) يتسم الطفل التوحدي بدرجة من النشاط الزائد Hyperactive تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً، حيث هناك سلوكيات مرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر والرفرفة بالذارعين والحركة المستمرة في المكان وغيرها والتي تكشف قدر أكبر من النشاط الحركي الزائد والاندفاعية لديهم.

9) إن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum يضم عدة أنماط Patterns من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة اسبرجرAsperger وإن هذه المتلازمة



نادراً جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوي الذكاء المرتفع وحتى المرتفع جداً ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبين بين المتخلفين عقلياً.

10) حدوث أنماط سلوكية واهتمامات نمطية Stereotyped Behavior ومفيدة وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً، على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مفيدة أيضاً وقاصرة في الغالب كما تكون نمطية في بعض الأحيان إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساساً بالنسبة للأطفال التوحديين دون أقرانهم من المتخلفين عقلياً.

وهناك العديد من الدراسات تؤكد تفوق الأطفال المعاقين عقلياً على أقرانهم ذوي اضطراب التوحد في مجال التواصل والتنشئة الاجتماعية مثل دراسة

Wolf-Schein(1998)& Stone. et.al(1997) & Van Meteret. al (1997) & Ruble (1997) Morgan & Carpentry (1996).

في حين كشفت دراسة (Lofeland Kelly (1991 تفوق المعاقين عقلياً في مهارات التواصل فقط وأثبتت دراسة (Rodrigue etal (1991 تفوقهم في مهارات الأداء الاجتماعي فقط أما مهارات السلوك التكيفي الأخرى فقد كشفت نتائج تلك الدراسات عن عدم وجود فروق دالة بين هاتين الفئتين فيها.

ويشير عثمان فراج إلى أن التخلف العقلي قد تتشابه وتختلط بعض أعراضه مع أعراض التوحد فتزيد عملية التشخيص تعقيداً وخاصة إذا كان العمر العقلي للطفل منخفضاً (أقل من 20 شهراً) وقد تكون من ضمن أعراضه تكرار الحركات النمطية التي هي سمة مميزة للتوحد وكثيراً ما يصاحب من جهة أخرى التخلف العقلي الشديد صعوبات في الكلام والتخاطب فتزيد من صعوبة التشخيص وتحديد ما إذا كانت الحالة توحد فقط أم تخلف عقلي فقط أم الاثنين معاً.

وهناك مؤشرات تسهل عملية التشخيص الفارق والتمييز بين اضطراب التوحد وإعاقة التخلف العقلي والتي أمكن تسجيلها في تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة لأفرا د الإعاقتين وهي كالتالي:

1) يتميز طفل التخلف بنزعته إلى التقرب والارتباط بوالديه والتواصل معهما ومع الكبار

وغيره من الأطفال الأقران، وهي سمة اجتماعية غائبة تماماً في حالة طفل التوحد.

2) طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى Echolalia التي يعاني منها طفل التوحد وفيها يعيد نطق الكلمة أو الكلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه.

3) طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء كان في ملبسه ومأكله أو لعبه أو أثاث غرفته ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط وإيذاء ذاته أو الآخرين) كما يحدث للطفل الذي يعاني من التوحد.

4) طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت فيستعمل كلاً منهما مكان الأخرى وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر.

5) طفل التخلف العقلي أسهل في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه أو تدريبه.

6) طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هذا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو استقباله وإذا حدث وتكلم فإن كلامه يكون معاني إضافية بعكس طفل التخلف العقلي.

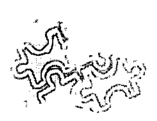
7) طفل التوحد لهذه الأسباب ليس لديه القدرة ولا الدافعية للتعليم والتخاطب ولهذا يعاني من توقف النمو الاجتماعي والقدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي.

8) طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون Eyes Contact بين المحادثين وهي سمة نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.

9) في الحالات القليلة التي يمكن تطبيق اختبار ذكاء فردي (مثل WISC) نجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى أطفال التوحد، بينما مستوى الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.

10) طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

11) طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله، فهو لا يبالي بمن حوله لدرجة أن علاقته



بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة.

12) التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه 2-3: 1000 (تؤكد الإحصاءات الحديثة إن نسبة انتشاره قد بلغت 250:1) بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة 3 ٪ من المجتمع أو أكثر.

13) التوحد إعاقة يولد بها الطفل، وتظهر أعراضها مبكراً في حدود زمنية أقصاها 30 شهراً أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدي إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معد (كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية) أو نتيجة تلوث بيئي (مثل الرصاص أو الزئبق).

14) طفل التوحد غالباً ما يحتاج إلى الرعاية مدى الحياة تقريباً، أما الطفل المتخلف عقلياً (المتوسط أو البسيط) فإنه قد يحقق استقلالاً ذاتياً بمساعدة برامج التأهيل ويعتمد على ذاته ويحميها من الأخطار ويعمل في حرفة مناسبة.

15) طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصوراً وغياب القدرات عن التعبير عنها.

16) طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل أمه له واحتضانه أو تقبيله، بعكس طفل التخلف العقلي.

17) عجزه عن التواصل لا يقتصر على التواصل اللغوي بل يمتد أيضاً ليشمل التواصل غير اللغوي – بالعيون- بتعابير الوجه – بحركة الأيدي، والحركات البدنية وتنغيم نطاق الكلمات Auxiliary language بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي (إلا في الحالات التي تعاني من تخلف عقلي شديد) إن تلك كانت بعض مؤشرات التي أمكن استنتاجها من الاعتماد على الملاحظة الموضوعية الدقيقة التي يمكن أن تساعد استخدام DSM-IV في تشخيص حالات التوحد والتمييز بينها وبين حالات التخلف العقلي مع استخدام أكبر قدر ممكن من الوسائل والأدوات والتحاليل الطبية المساندة الضرورية للتشخيص الفارقي لحالات التوحد مثل: التحاليل المعملية الكيميائية، الفحوص الطبية، الفحوص الوراثية.

ثانياً/ التوحد والفصام: Autism & Schizophrenia

يشير كل من بينتو وروجرز (Bentto & Rogers (1996 إلى أن هناك بعض التشويش فيما يتعلق بالاختلاف أو التمييز بين اضطراب التوحد والفصام. ففي البداية كان التوحد

يعتبر شكل من أشكال فصام الطفولة مثل (ذهان الطفولة) أو "الذهان السمبيوزى" وكانت غالباً ما تطلق على الأطفال المصابين بمتصل اضطراب التوحد ومع ذلك فالمعروف الآن إن هناك فصل بين اضطراب التوحد وكل الاضطرابات الذهنية.

ويقدم روتر (1972) Rutter اعتراضاً على النموذج النفسي لتفسير اضطراب التوحد ويتمثل هذا الاعتراض فيما أشار إليه بأن اضطراب التوحد لا يمكن أن يُعبّر بأي حال عن شكل لبداية مبكرة للفصام النفسي وقد استند "روتر" في اعتراضه هذا على بعض الاختلافات التي أشار إليها على أنها أساسية بين الفصام واضطراب التوحد، فالأخير يظهر منذ البداية للعمر أما الفصام فيظهر متأخراً فيحدث في الطفولة المتأخرة أو المراهقة بعد سنوات عديدة من النمو الطبيعي، والطفل الفصامي ينسحب من العالم عند بداية إصابته بالفصام أما الطفل المصاب بالتوحد يخفق حتى في دخول هذا العالم.

وترى كل من كاترين اليس ولورنا وينج (Ellis. K. & Wing. L. 1990) إنه أحياناً يخطئ بعض الأطباء النفسيين والمختصون في هذا المجال فيشخصون الحالة على أنها فصام الطفولة بينما هي حالة توحد وبالرغم من وجود فروق تميز اضطراب التوحد عن الفصام وهذه الفروق المميزة هي:

1) الفصام غالباً ما يظهر ما بين عمر (15) و(30) سنة بينما اضطراب التوحد قبل سن الثلاث سنوات.

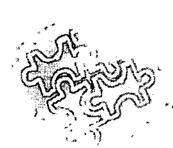
2) الفصام يصيب الإناث والذكور على حد سواء بينما اضطراب التوحد فيصيب الذكور أكثر من الإناث.

3) في الفصام تظهر أعراض الهلوسة والضلالات بينما لا تظهر في حالة اضطراب التوحد.

4) مريض الفصام لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه والتواصل والتخاطب مع الآخرين بينما يعاني الغالبية العظمى من المصابين بالتوحد من القصور اللغوي ومن استخدام اللغة والتخاطب في الاتصال بالآخرين.

5) إذا كان مريض الفصام يكثر من التعبير عن نفسه وإظهار عواطفه وانفعالاته فإن مضطرب التوحد جامد الحس لا يعبر ولا يفهم الانفعال والعواطف ولا يتبادلها.

وفضلاً عن ما تقدم فإن الفصام يتضمن ظهور اضطرابات في عمليات التفكير بعد فترة ارتقاء طبيعي في حين يتضمن التوحد فشل الارتقاء، وكذلك يختلف تاريخ العائلة



الطبي في الفصام واضطراب التوحد (الذاتوية) فمصابي الفصام لهم تاريخ عائلي يشير إلى وجود حالات توصف بالشخصية العاطفية المعادية وغيرها من الاضطرابات العاطفية بينما مضطربي التوحد لهم تاريخ عائلي يشير إلى "إعاقات ارتقائية".

وعلى النقيض تماماً نجد إن هناك اتجاه علمي آخر يؤكد ويوأم بين الفصام الطفولي واضطراب التوحد (الذاتوية) فيشير كامبل وآخرون بأن اضطراب التوحد يعتبر حالة من فصام الطفولة Childhood Schizophrenia وقد نوقشت هذه العلاقة Relationship في دراسات عديدة منها:

Bender. 1947; Kanner. 1943; Rimland. 1964; O Gorman. 1970; Wing. 1976; Rutter 1978; Goldestein. etal. 1986

حيث كانت الدراسات الأولية تعتبر اضطراب التوحد عرض أولي لفصام الطفولة، ومع تشابه الكثير من أعراضها حدث الخلط بينهما .

وقد ضل الخلط في تشخيص هؤلاء الأطفال حيث ظهرت هذه الفئة في الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-I 1952 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفولي، وقد استمر الخلط بين اضطراب التوحد والفصام في هذه الفترة حتى أن الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-II التي صدر عام 1968 أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة: فصام نوع طفلي وكان تصنيف ذهان الطفولة فئة تشخيصية شائعة في ذلك الوقت وكانت تشير أساساً إلى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال، وقد تجسد الخلط بين التوحد والفصام في بروز الرأي الذي تمسك به الكثير من العلماء والمعالجين وهو أن (التوحد ما هو إلا المراحل المبكرة Early Phases من الفصام أي إننا أمام كيان مرضي واحد تغلب أعراض التوحد من بدايته ثم تظهر الأعراض الفصامية بعد ذلك حتى أن (Kanner) نفسه في فترة من فترات عمله ضن Doxa إن التوحد هو الفصام المبكر وإن كان قد عُدل عن هذا التوجه بعد ذلك، وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (1980) DSM-III الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالفصام، حيث اعتبرت أن كل منهما كياناً مرضياً مستقلاً وقائماً بذاته.

ويعرض محمد قاسم (2001) تحت عنوان حالات تُعتبر أشكالاً بسيطة للتوحد للشخصية الفصامية بقوله: لقد وصف وولف وشيك (Wolf & Chick. 1980) متلازمة تحدث في مرحلة الطفولة Childhood phase وتتصف بالفقر الانفعالي (البرود) وعدم

التعاطف والصلابة أو الجمود والأفكار الغريبة، وانشغالات قصرية وسواسية مسبقة وخلل في التواصل اللفظي وقد اعتبرت هذه المتلازمة بأنها مرادفة لمتلازمة "إسبرجر" وإنهما تختلفان عن التوحد من حيث أن الخلل في النمو اللغوي وخاصة الترديد الببغاوي، وفقدان الاستجابة الانفعالية وتجنب التحديق في المواجهة بالنظرة، وسلوكيات الطقوس والرتابة القسرية التي لا تحدث إطلاقاً في هذه المتلازمتين وقد انتهى وولف وزميله من بحوثهما إلى القول بأن الأطفال فصاميو النمط (شخصية فصامية) يتوسطون في أدائهم وسلوكهم الوظيفي بين التوحد والأسوياء ويشارك الأطفال الفصاميون أقرانهم التوحديون في السلوكيات النمطية وفي نزعتهم لفرض النمطية وبعض الإعاقة في اللغة، وفي الواقع يبدو الفارق الواضح والوحيد بينهما هو أن الأطفال ذوي الشخصية الفصامية النمط لا توجد عندهم التكرارية Repetition الموجودة عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وهناك العديد من السمات المشتركة بين ذوي اضطراب التوحد والفصاميين نوردها فيما يلي:

1) الانسحاب Withdrawal والشعور بالوحدة النفسية .

2) فقدان الاتصال بالواقع.

3) النقص في التعاطف وحرارة المشاعر.

4) الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين.

5) عدم البراعة في التحدث والعمل.

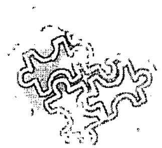
6) الاضطراب الانفعالي .

وعلى ذلك يترتب الافتراض في التشابه بين الاضطرابين كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحديين بالفصاميين. وإن التفريق بينهم حديث جداً نسبياً وتتمثل أهم الفروق فيما يلي:

1) الفصاميون قادرون على استخدام الرموز، ولكن التوحديين غير قادرين على ذلك.

2) لا يطور الأطفال التوحديين علاقات اجتماعية Social Relation مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة Environment بينما الأطفال الفصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين.

3) حالات التوحد لا تنتشر وتتكرر في العائلة الواحدة، بينما حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة، فالفصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو إحدى الأمراض العقلية الأخرى .



4) نسبة الإصابة باضطراب التوحد الذكور أكثر منها لدى الإناث (4-1) بينما يصيب الفصام الجنسين بنفس النسبة تقريباً.

5) التوحد اضطراب نمائي Developmental Disorder بينما الفصام مرض عقلي.

6) التوحد يصاحبه غالباً تخلف عقلي Mental Retardation بينما لا يحدث ذلك في الفصام ولا تظهر أعراض الهلاوس والهذاءات Hallucination, Deliriums Delusion في التوحد، بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدة.

7) ظهور حالات الكتاتونيا والبارانويا التي تقتصر على الفصام ولا علاقة لها بالتوحد

8) الفصامي لا يعاني من قصور لغوي أو غياب القدرة على التعبير عن نفسه والاتصال والتخاطب مع الآخرين، بينما الغالبية العظمى من التوحديين لديهم قصور أو عجز في هذه الجوانب.

9) التوحدي يتجنب التقاء العيون، بينما نادراً ما يحدث ذلك في حالات الفصام .

10) يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ بعد هذا السن فالفصام يبدأ في عمر متأخر عن الطفولة أو في بداية المراهقة ويمكن تحديد ذلك ما بين (15-30) سنة.

11) تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدي مقارنة بالفصامي .

12) جمود في الجانب الحسي لدى التوحدي بحيث نلاحظ عليه عدم الفهم للانفعالات والعواطف ولا يتبادلها بينما الفصامي يكثر من التعبير عن انفعالاته وعواطفه ربما بشكل متكرر ومبالغ كلما سنحت الفرصة له بذلك.

13) التوحدي يتمتع بصحة أفضل وقدرة حركية أكبر من الفصامي.

14) يبدأ عادة الفصام في الطفولة بعد فترة من الارتقاء العادي أو الأقرب إلى العادي

ويمكن أن يضاف تشخيص الفصام إلى تشخيص التوحد، إذا ما توافرت تلك الملامح الأساسية التشخيصية للاضطراب الفصامي بجانب اضطراب التوحد والتي تتضمن مرحلة نشطة Activity Stage من الأعراض الهذائية والأفاييلية السائدة والتي تبقى لمدة شهر على الأقل ويرى Kendal (2000) أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام أو المنتشر Pervasive Developmental Disorder هما:

1/ اضطراب التوحد Autism Disorder.

2/ فصام الطفولة Childhood Schizophrenia.

يؤكد نيوسوم وهافانتز (1997) Newsom & Havanitz إن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين، التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصاميين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حاد للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل سن الثالثة ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً، كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

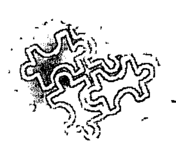
ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين، ولكنه في الوقت نفسه يختلف عن فصام المراهقة في غياب الهلاوس والضلالات تقريباً ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مساره أو التعبير عنه في إطار التفاعلات الأسرية والاجتماعية بصفة عامة.

ثالثاً/ اضطراب التوحد والاضطرابات الارتقائية

إن الاضطرابات الارتقائية العامة (إسبرجر – ريت – اضطرابات الطفولة الانعكاسي – الاضطراب الارتقائي العام غير المحدد) تحدث بعض الخلط عند محاولة فهم أعراضها فأحياناً ما تستخدم كبديل لاضطراب التوحد (الذاتوية) وخاصة في الحالات ذوي القدرات العقلية المرتفعة وأحياناً تفسر بشكل صحيح وتُشخص كأعراض تختلف كيفياً عن التوحد، والاضطرابات الارتقائية العامة الأخرى غير التوحد فهو يتسم بخلل كيفي في التفاعل الاجتماعي، خلل أو قصور في مهارات التواصل وظهور الأنماط السلوكية المقيدة في الأنشطة والاهتمامات ويمكن أن نوضح الفروق بين التوحد (الذاتوية) وهذه الاضطرابات الأرتقائية فيما يلي:

أ/ التوحد واضطراب اسبرجر:

أول من اكتشف هذا الاضطراب "هانز اسبرجر" 1994) Hans Sperger) واعتبرها إحدى اضطرابات الشخصية وكانت تتشابه مع بعض أعراض التوحد التي وضعها Kanner (1943)وحيث أن اكتشافات أسبرجر ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه كانر عن ملاحظاته للأطفال التوحديين كما أطلق عليهم فإن "اسبرجر" أطلق على زملته



اسم Autistic Psychopathy واعتبرها البعض حالة منخفضة من التوحد أو شبه التوحد Autism Like.

وأطلق على هذا الاضطراب في البداية اسم سيكوباتية الذاتوية Autistic Psychopath ولكن كان هناك فرق بين الزملتين لذلك أطلق عليه (زملة إسبرجر) Aspergers Syndrome AS)) لتمييزه عن الذاتوية (التوحد).

ويرى كل من بينتو وروجرز (Bennetto & Rogers. 1996) إن التشخيص الفارق بين الذاتوية وزملة اسبرجر ربما تكون صعب بالنسبة لأطفال ذوي الأعمار الصغيرة ولكن يمكن تمييز هؤلاء الأطفال المصابين بزملة إسبرجر على المصابين بالتوحد في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة بسهولة من خلال وجود المهارات اللغوية الأولية لديهم وكذلك السمات والملامح المعرفية ووجود الاهتمامات الدؤوبة وغالباً ما تكون الجوانب المعرفية لدى المصابين باضطراب إسبرجر جيدة وتكاد تقترب من السواء كما إن مهاراتهم اللفظية أفضل من المهارات غير اللفظية.

فلا توجد دلائل اكلينيكية تشير للتأخر في نمو اللغة والنمو المعرفي لدى المصابين باضطراب إسبرجر وبالرغم من ذلك فالمصابون باضطراب إسبرجر يميلون إلى الجمود غير الطبيعي في اللغة مثل (الافتقار إلى مهارات المحادثة).

ويشير عادل عبد الله إلى أن الاسبرجر يتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الاكلينيكية في اللغة، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديد دون سواها تضمن أطفالاً موهوبين بين أعضائها كما يعاني مضطرب اسبرجر من قصور يتمثل في سماته الانسحابية وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة تتسم بالتكلف والارتباك والغلظة وغياب التفهم والتعاطف مع الآخرين وغياب التناغم بين معاني ما يتفوه به من كلمات وتعابير الوجه أو التعبير اللفظي.

ويرى عبد الرحمن سليمان إنها حالة مشابهة للتوظيف العالي High Function في إعاقة التوحد، تتميز بقصور ونواحي عجز ملحوظ في السلوك الاجتماعي Social Behavior واهتمامات محدودة للغاية، والتصرف الأخرق وصعوبات أداء على الاختبارات المعرفية، ومشكلات في الوظائف التنفيذية ولكن لا يوجد تفكير معرفي أعلى ولا يوجد نموذج للفكر ولا

أسلوب معين في حل المشكلات Solving Problems.

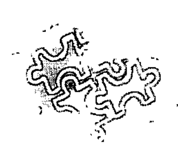
ويشير عثمان فراج على أنها إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية constituently والخلفية الولادية Congenital (أي تكون موجودة منذ الولادة) ولكنها لا تكتشف مبكراً بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو قد تمتد إلى عمر (4-6) سنوات وتصيب الأطفال ذو الذكاء العادي أو العالي ونادراً ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط، وبدون تأخر في النمو مع سلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية.

وغالباً ما تكون نسب ذكاء الأطفال المصابين باضطراب اسبرجر عادية ولكن يكون هناك تباين فقط بين نتائج اختبارات الذكاء اللفظية والاختبارات الأدائية Performance كما أن الطفل يبدأ في الكلام كالطفل العادي كما يستوعب قواعد اللغة (النحو) عاجلاً أم آجلاً لكنه يبدي صعوبة في استخدام الضمائر بشكلها الصحيح ويعاني من اضطراب في تكوين الجمل واستخدام اللغة التي يطيل ويكرر في بعض كلماتها أو عباراتها بشكل نمطي متحذلق في اختيارها وقد يتفوه أثناء محاولاته الفاشلة ببعض العبارات غير الواضحة وغير المتناسقة لكنه كثير الكلام بحماس حول موضوعات ليس لها أهمية تذكر متنقلاً في حديثه من موضوع إلى موضوع مختلف فجأة دون اعتبار لمتابعة الآخر لحديثة ولا ينتظر سماع تعليقاتهم على ما يقول.

ويطلق محمد قاسم (2001) على متلازمة اسبرجر اسم امراضية التوحد ويرى أن المتلازمة تتحدث عنها وتصفها كتب علم النفس والطب النفسي الألماني، بينما يعزى التوحد إلى كتب وأدب علم النفس والطب النفسي الانجليزي ومن هنا فإن علاج هاتين المتلازمتين يكون مختلفاً وينظر إليهما على أنهما وحدات منفصلة Separate Units.

وقد أصبح حالياً لاضطراب "إسبرجر" كينونة ووجود منفصل عن كل من (DSM-IV) و (ICD 10) وعلى الرغم من أن اضطراب إسبرجر يشترك مع غيره من الاضطرابات الارتقائية العامة إلا إن هناك عدم اتفاق على ما إذا كانت بعض الملامح الاكلينيكية لاضطراب إسبرجرمميزة كفايا عن اضطراب التوحد (الذاتوية) ذو المستوى الوظيفي المرتفع High Functioning Autism كمبرر ليكون اضطراب مختلف.

• ويورد كلاً من عثمان فراج 2002 وأحمد عكاشة 1992، عبد الرحمن سليمان 2002



sharyn Neuwirth 1999، وعلاء الدين كفافي 2001 و Bishop D.V.M 1989 العديد من أوجه الشبه بين متلازمة اسبرجر واضطراب التوحد للدرجة التي تدفع العديد من العلماء إلى اعتبارها متلازمة مرضية واحدة، لكن الاختلاف مع ذلك يكون في طول وشدة كل منهما (كمياً) وفي خطورتها.

ومن أوجه التشابه بينهما نذكر الآتي :

1- القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي.

2- محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط.

3- غياب التواصل غير اللفظي.

4- قصور في الحركات الدقيقة Fine Motors.

5- سلوكيات تكرارية، مشكلات اجتماعية ومشكلات حركية تتمثل في عدم الرشاقة.

وعن أوجه الاختلاف بين اضطراب التوحد (الذاتوية) ومتلازمة إسبرجر نذكر الآتي:

1) نسبة الذكاء IQ في زملة اسبرجر قريبة من النسب العادية (90-110) والتباين Variances في الذكاء في حالة الأطفال مضطربي التوحد واضح في جانبيه اللفظي والعملي.

2) لا يوجد لدى الطفل المصاب بزملة اسبرجر تأخر عام في اللغة كما أنه ليس لديه صعوبات في استخدام الضمائر.

3) عدم بدء ظهور الأعراض في اسبرجر إلا بعد مرحلة الطفولة المتأخرة بينما في حالات التوحد تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة.

4) كما يمكن التفريق بينهما في إن إضطراب اسبرجر يتميز بالنقص أو التأخر في الإرتقاء علماً بأنه لا يتم تشخيص اضطراب اسبرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص اضطراب التوحد على الحالة.

وهذا يدعم الرأي القائل بأنهما يجب أن يشخصان في اضطراب واحد والاختلاف بينهما في الشدة فقط وليس في نوع الاضطراب.

5) الاسبرجر يتصف بالقلق Anxiety والاكتئاب Depression ضعف التوافق الحركي، ومن السهل إحباطه وعدواني وهذه السمات غير أساسية في التوحد.

6) طفل الاسبرجر لا يتجنب الآخرين من الأفراد أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بل

يقبل على التعامل معهم بنشاط ولو كانت ضيقة الحدود تدور غالباً حول اهتماماته وحاجاته الشخصية التي تبدو غريبة وعادة غير مألوفة للطفل العادي.

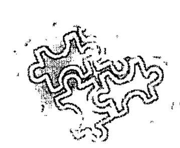
7) مع أن الطفل الاسبرجر يعاني من العزلة الاجتماعية والوحدة مثل طفل التوحد فالطفل التوحدي غير واع لوجود الآخرين حوله ولا يبدي أي إحساس أو اهتمام بوجودهم ولا يحاول التواصل معهم بينما طفل الاسبرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبدل محاولات مستعينة للحديث معهم ولكن قصور قدراته في التفاعل الاجتماعي وغلظة وفجاجة أسلوبه في المبادأة وتركيزه على اهتماماته وحاجاته الخاصة واستمراره في الحديث عن موضوعات لا تحظى باهتمام الآخرين أو متابعتهم وبرغم انصرافهم عنه فإنه يستمر في الحديث مما يؤدي إلى شعورهم بالملل والتبرم من أسلوبه على نحو لا يتيح الفرصة لتكوين واستمرار علاقاته الاجتماعية معهم.

8) تعتبر حالات اسبرجر أخف من حالات التوحد من الأعراض المشتركة المتشابهة في الحالتين.

وإن أهم علامتين في التفريق بينهما الأولى تختص ببداية start المرض والثانية بالتأخر اللغوي Language حيث إن هذا المرض يبدأ في الخمس أشهر الأولى من عمر الطفل أما التوحد فيبدأ في خلال الثلاثة سنوات الأولى، أما في التأخر اللغوي فيكون الأطفال ال Autism " مضطربي التوحد " مختلين لغوياً أي لغتهم شاذة بعكس الآخرين، كما أوضح Asperger إن تعليم هؤلاء الأطفال ليس عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفال التوحديين، وقال إن هؤلاء الأطفال كانوا يؤدون بأقصى أداء تلقائي جدي كأنهم مفكرين مجردين.

ب/ اضطراب التوحد وزملة ريت Rettes Disorder

وصف هذا الاضطراب اندرياس ريت Andreas Rette عام (1966) حيث لاحظ اثنان من البنات في حجرة الانتظار يظهرون أنماط متشابهة من السلوك المضطرب، وهذا ما أكدت عليه ملاحظاته المتوالية لكثير من الحالات وزملة ريت Rette Syndrome هي إحدى إعاقات الطفولة، اكتشفها Rette وهي عبارة عن خلل عميق في المخ يظهر لدى البنات والأفراد شبيه الاوتيستك ويظهر في صور حركات تكرارية لليد، وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية وهي اضطراب نمائي Developmental Disorder يصيب



البنات فقط، وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنت المهارات التي اكتسبتها من قبل، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ويبدأ ذلك في السن من 1-4 سنوات .

وتكون نسبة حدوثه نادرة حيث يصيب (1. 5:1) في كل (10. 000) ولادة أنثوية حية، وفي النمو المبكر تُظهر البنات المصابات بالاضطراب العديد من خصائص الذاتوية متضمنة الانسحاب الاجتماعي، خلل في التواصل التأخر المعرفي وهن غالباً ما يظهرون مبكراً أعراض الذاتوية، ومع ذلك فاضطراب ريت يتميز عن اضطراب التوحد بأسلوب التدهور والتحلل في القدرات والخصائص، والمصابات باضطراب "ريت" يظهرن نمو طبيعي حتى سن ما بين 18:6 شهراً ثم يتوقف نموهن أو يتراجع فيظهرن نقص في الحركات اليدوية الهادفة وتباطؤ نمو الرأس وقصور شديد في مهارات التواصل والاستقلالية التعبيرية ، وقصور معرفي شديد، وفقدان مهارات التفاعل الاجتماعي وفقدان استخدام اليد يستبدل بخصائص حركية نمطية تشمل لف اليد، لعق اليد وعض اليد. وتصاب كل المهارات الحركية للبنات المصابات باضطراب ريت ويفقدون حوالي نصف القدرات التي تعتمد على الحركة، وتزيد سماتهن التي تتشابه مع التوحد (الانعزال والانسحاب الاجتماعي) مع تقدم العمر.

وهناك أعراض أخرى مصاحبة لاضطراب ريت تشمل: انحناء العمود الفقري، المشي بطريقة غير طبيعية (في الحالات التي تستطيع المشي) صعوبات التغذية وأنماط التنفس غير الطبيعية وتشكل فرض التنفس Hyperventilation وكتم النفس المعتمد Breath-Holding أعراض شائعة لديهن.

ويرى فريد (2001) العديد من الخصائص لاضطراب ريت نذكرها فيما يلي:

1) يوجد لدى المصابات باضطراب ريت فترة من النمو الطبيعي وارتقاء طبيعي في الجانب النفسحركي خلال الخمسة شهور الأولى من العمر ونمو طبيعي للرأس خلال هذه المدة، وفقدان مهارات اليد المكتسبة ما بين عمر 5 شهور إلى 30 شهر مصحوبة باضطراب في التواصل وخلل في التفاعل الاجتماعي وضعف في التآزر العضلي.

2) يوجد عطب شديد في اللغة الاستقبالية والتعبيرية مع تأخر نفسي حركي شديد.

3) يوجد حركات نمطية باليد (مثل التفاف اليدين، حركة تشبه حركة غسيل اليدين) وتكون البداية مع أو بعد الوقت الذي تفقد فيه اليدين القدرة على الحركات الهادفة ، ويشير عثمان فراج (1996) إلى أن الترنح في المشي Ataxia وفقدان

الاتزان والتآزر الحركي قد تُصاحبه تذبذب وسرعة الحركة غير الإرادية في مقلة العين مع احتمال صعوبات في البلع والمضغ والتنفس ومع اضطراب وتلعثم في الكلام وعدم القدرة على تكوين جملة متصلة ذات معنى وتخبط في المشاعر والتفكير وعدم تطابق أو تواصل في الأفكار والانفعالات بشكل يلاحظه الآخرين بسهولة وقد يصاحبه اكتئاب أو العكس فقد يكون ضحك بدون مناسبة ولا يتناسب في شدته مع مثيراته وقد يتطور إلى ما يبدو أنه خبل عقلي أو جنون تفسخي Dementia أو تدهون في عمليات التعقل والحكم على الأشياء والانفعالات كذلك التي تظهر في حالات الشيخوخة أو حالات قصور في الاستجابة الانفعالية وفقدان الذاكرة والتجمد التخشبي والصداع ونوبات الإغماء والهلوسة والخبل الذي يتشابه مع ما يحدث لبعض أبطال الملاكمة نتيجة المعاناة من الضربات المتتالية على الرأس أثناء مباريات الملاكمة.

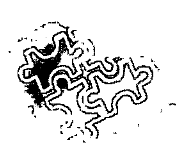
وبعد سن ما بين 18:6 شهر من الولادة يبدأ فقدان الحركة الهادفة للأطراف خاصة الأيدي ويحل محلها حركات غريبة ليس لها هدف معين مع صك الاسنان Buxism أثناء النوم بما يشبه العدوان أو الغضب المكبوت ويقف نمو الرأس في الحجم وقصور في النمو المعرفي والتفكير فيرتد إلى ما يعادل سن 12:6 شهر .

- وقد أشار كامبل وآخرون Capbell. et. al. 1991 إلى أوجه التشابه بين اضطراب التوحد واضطراب ريت فيما يلي:

1) النمو الطبيعي في السنتين الأولى والثانية من العمر، يليه حالة من الفقدان الكامل أو الجزئي للمهارات اللغوية، والاجتماعية ومهارات التكيف المكتسبة.
2) قصور في النمو المعرفي والتفكير والكلام وربما فقدان كامل الكلام.
3) عدم التواصل في الأفكار والانفعالات فقد يكون مصحوباً بالاكتئاب Depression أو الضحك الهستيري بدون سبب

وأشار أحمد عكاشة وعثمان فراج وعلاء كفافي ومحمود حمودة و Waston إلى الاختلاف بين إضطراب التوحد واضطراب "ريت" فيما يلي:

1) اضطراب ريت يُشخص عادة عند الإناث فقط، بينما يحدث اضطراب التوحد بدرجة كبيرة عند الذكور (5-1) كذلك فإن هناك نمطاً مميزاً في اضطراب (ريت) يتضمن تأخر نمو الرأس وفقدان المهارات اليدوية المرضية التي كانت الطفلة قد سبق وتعلمتها،



كذلك فاضطراب ريت يتميز بمشيه فقيرة جراء عدم التآزر في حركات الجدع.

2) حالات الإصابة بزملة (ريت) مرتبطة دائماً بالإعاقة العقلية الشديدة Sever أما حالات التوحد فمنهم 40 ٪ فقط تقل نسبة ذكاؤهم عن 50 أي تقع في فئة التخلف المتوسط Moderate، 30 ٪ تقع في فئة التخلف البسيط Mild ونسبة ضئيلة تقع في فئة التخلف الشديد Sever ونسبة أخرى حوالي 30 ٪ أو أقل تقع في فئة العاديين أو العباقرة .

3) حدوث تشنجات للمصابين بزملة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة وحدوث نوبات صرعية في معظم الحالات قبل عمر ثمان سنوات، أما حالات التوحد فقد أشارت بعض الدراسات إن حوال 4-32 ٪ من مضطربي التوحد سوف يحدث لهم نوبات صرعية عظمى في وقت ما من حياتهم وخاصة في مرحلة البلوغ.

4) العوامل المسببة للإصابة بزملة "ريت" تنحصر في تليف المخ أو النخاع الشوكي أو المخيخ أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي عوامل عضوية، أما العوامل المسببة للإصابة بالتوحد غير محددة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية .

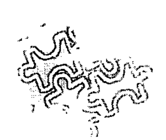
5) حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة والمشي للحالات المصابة بزملة ريت بعكس حالات التوحد فلا تظهر عليها هذه الأعراض.

6) العجز الرئيسي في المصابين بزملة "ريت" يتمثل في التخبط والترنح في المشي وفقدان الاتـزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية تتمثل في عصر اليدين وغسلها لا إرادياً أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن بلل نمطي لليدين من اللعاب حدوث صعوبة في البلع والتنفس، فشل دائم تقريباً في التحكم في عمليات التبول والتبرز، بروز مفرط في اللسان وتتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة، فيحدث تخلج جذعي وعمى حركي ويصاحبها أحياناً ضعف حدبي وأحياناً حركات رقص كيفيةوهذا بعكس حالات التوحد فلا تظهر فيها هذه الأعراض.

7) سلوك إيذاء الذات المتعمد Self-injurious Behavior الانشغال بالتوافه من الأمور والحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى مضطربي التوحد لكنها نادرة جداً في حالات زملة "ريت"

ويمكن تلخيص الفروق بين زملة ريت واضطراب التوحد:

Retts Syndrome الريت	Autism Disorder التوحد
يبدي المصاب تدهوراً واضحاً تدريجياً في النمو مع التقدم في العمر وينتشر بين الإناث فقط	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكراً) ويحدث أكثر لدى الذكور (5-1)
اضطراب وعشوائية ونمطية حركة اليد (عرض مميز)	غالباً لا توجد وإذا وجدت فهي غالباً نتيجة عادات مكتسبة Acquired Habits
غياب التوازن ترنح في المشي غياب التناسق الحركي Ataxia and Apraxia وصعوبات حركية واضحة	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
فقدان تام للوظائف اللغوية Linguistic Function وقد ترتقي في فترات زمنية معينة	قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أو لا توجد
التدهور في محاور النمو عرض أساس حتى يصل في مرحلة البلوغ إلى عمر 6-12 على المحور اللغوي الاجتماعي	ثبات في مهارات محاور النمو المختلفة دون تدهور
نوبات الصرع تظهر مبكراً في 75 ٪ من الحالات عنيفة متكررة تصاحبها إفرازات فمية	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة
تشيع لديهم اضطرابات النوم بنسبة تصل لحوالي 85 ٪ منهم	ليست شائعة لدى الغالبية منهم
القصور في المهارات الاجتماعية تختلف باختلاف العمر	قصور واضح منذ بداية الحياة في الطفولة المبكرة
توجد لديهم صعوبات في الأكل لدى الغالبية منهم تتعلق بالبلغ والمضغ	توجد لدى البعض وتتعلق فقط بأنواع الأطعمة التي يفضلونها
يعانون من عدم ثبات أو تدهور في الجوانب الانفعالية مثل التخبط في المشاعر والتفكير وعدم تطابق أو تواصل في الأفكار والانفعالات	قصور واضح في فهم أو التعبير عن الانفعالات
مآل الاضطراب غير جيد على الإطلاق	غير جيد في معظم الحالات



ج) اضطراب التوحد واضطراب الطفولة التفككي أو (التحللي) أو (الذهان الانتكاسي) Childhood Disintegrative Disorder يشير هذا الاضطراب لعرض كان معروفاً سابقاً باسم: عرض هللر Heller's Syndrome أو الذهان الانتكاسي Disintegrative Psychosis وهو حالة نادرة ذات ملامح اكلينيكية مميزة ومآل سيء مثل الذاتوية (التوحد) فقد أعلن عن (100) حالة منذ تم الإشارة إلى هذه الحالات عام (1908) وقد ظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV والدليل الدولي لتصنيف الأمراض العقلية (ICD10).

ويشير عثمان فراج (2001) إلى أن اضطرابات الطفولة التحللية أو التفسخية CDD كانت تاريخياً معروفة منذ أوائل القرن العشرين حيث كان العالم النمساوي T.Heller قد اكتشفها في "فيينا" وأطلق عليها اسم (جنون الطفولة) Dementia Infantisim أو متلازمة (H.S) عام 1908 قبل أن تكتشف حالات التوحد والاسبرجر عام 1944، 1943، وتشبه أعراض الاضطرابات الطفولة التفككي أو التحللي إلى حد كبير أعراض اضطراب التوحد Autism مما يؤدي إلى أخطاء في تشخيصها لكن الفارق والاختلاف الأساسي بينها إن حالات التوحد يولد به الطفل ويمكن أن يكتشف في بعض الحالات منذ الشهور الأولى أو حتى في الأسابيع الأولى من حياة الطفل بعد الولادة، أما حالات اضطراب الطفولة التفككي (التحللي) CDD لا تظهر إلا بعد العام الثاني وفي بعض الحالات يتأخر ظهورها لعدة سنوات لكن قبل العام العاشر من عمر الطفل وبعد أن يكون قد مر بمرحلة أو مراحل نمو طبيعي مكتسباً خلالها العديد من المهارات اللغوية والاجتماعية والحركية والتحكم في الإخراج ومهارات اللعب والتفاعل الاجتماعي ومن هنا جاء مصطلح اضطرابات الطفولة التحللي فلا يمكن بطبيعة الحال أن يحدث التحلل أو التفسخ Disintegration إلا بعد أن يكون الطفل تكامل أو اكتسب المهارات Integration قد حدث فعلاً وفيما عدا هذا الفارق (موعد وتاريخ ظهور الأعراض) ليس من المستغرب أن يحدث خطأ في التشخيص فالأعراض متشابهة بين اضطراب الطفولة التفككي (التحللي) واضطراب التوحد بل قد تكون واحدة حتى في حدوث نوبات صرعية وغيرها في الحالتين كما في حدوث موجات كهربية غير عادية في الحالتين عند استخدام اختبار رسم المخ (EEG).

وعن نسبة انتشار هذا الاضطراب فقد رأى فومبون (Fombone, E. 2003) إنها نسبة غير معروفة فقد أكدت بعض الدراسات المسحية التي أشارت إلى أن تقديرات اضطراب الطفولة التفككي التحللي تتراوح من 1، 1 حتى 6، 4 في كل (100، 000) ولادة حية، إلا إن

هناك دراسات أخرى أشارت إلى أن نسبة انتشاره هي 1 ، 7 في كل (100، 000) وبالرغم من الاختلاف في تحديد نسب الحدوث إلا أن اضطراب الطفولة التفككي هو اضطراب ناذر الحدوث جداً وانتشاره أقل ستين مرة من اضطراب التوحد.

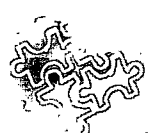
ويتسم هذا الاضطراب (الطفولة التفككي) بتدهور اثنين أو أكثر من الوظائف العقلية فيؤثر في المهارات الاجتماعية واللغة الاستقبالية والتعبيرية والمهارات الحركية واللعب، والأطفال المصابين بهذا الاضطراب مثلهم مثل الأطفال مضطربي التوحد لديهم خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل وفي السلوكيات التكرارية النمطية والميل إلى إظهار أنماط حركية جامدة.

وتشخيص هذا الاضطراب يستخدم إذا كان سلوك الطفل لا تنطبق عليه محكات تشخيص اضطراب التوحد في كامل الأعراض، والأطفال المصابين باضطراب التوحد ذوي مستوى عقلي أعلى من معظم الأطفال المصابين باضطراب الطفولة التفككي.

ويلخص محمد عودة أهم الفروق بين الاضطرابين من خلال الجدول الآتي:

جوانب الفروق	اضطراب التوحد	اضطراب الطفولة التفككي
1) سن البداية	من الميلاد حتى ثلاث سنوات	بعد عامين
2) سن الانتشار بين الجنسين	أكثر شيوعاً بين الأولاد عنه في البنات	يوجد لدى الجنسين
3) فقد المهارات	لا يكون هناك فقد للمهارات	يظهر فقد للمهارات
4) المهارات الاجتماعية والتواصلية	عادة ضعيفة أو بها خلل	ضعيفة جداً
5) النوبات الصرعية	منتشرة في بعض الحالات	شائعة لدى أغلب الحالات
6) نسبة الذكاء	من تخلف عقلي شديد إلى ذكاء طبيعي	شديد التخلف العقلي
7) مآل الاضطراب	غير طبيعي في حوالي 70 ٪	غير جيد على الإطلاق

ء) التشخيص الفارق بين اضطراب التوحد والاضطراب الارتقائي (النمائي) العام الغير محدد



(PDDNOS) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

الاضطراب الارتقائي (النمائي) العام غير المحدد هو نوع من الاضطراب الارتقائي العام يتميز عن اضطراب التوحد إما في عمر بدايته عند الطفل أو عدم توفر مجموعات المعايير الثلاثة لتشخيص التوحد، وتُشخص هذه الفئة حين تظهر لدى الطفل الارتقاء غير الطبيعي في جانب أو أكثر من الجوانب الثلاثة الضرورية كلها لتشخيص التوحد وهي (التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، التواصل، السلوك النمطي المحدد والمتكرر) وذلك بالرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى في جانب أو جوانب أخرى.

ويشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي Atypical ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحددة.

وقد حلت فئة اضطراب ارتقائي (نمائي) عام غير محدد في مراجعة دليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل DSM-IIIR محل مصطلح (اضطراب ارتقائي عام غير سوي Atypical Pervasive Developmental Disorder ويصف هذا المصطلح الأطفال الذين يعانون من بعض وليس كل ملامح الذاتوية ولكنهم يظهرون أنماط من الخلل الوظيفي الارتقائي والسلوكي مشابهة لأعراض ومظاهر اضطراب التوحد إلا أنه يحدث في سن متغيرة وغير محددة عكس التوحد الذي تظهر أعراضه قبل سن الثالثة من العمر ونسبة انتشاره بين الذكور أكثر من الإناث وتظهر النوبات الصرعية في حالات نادرة، ونسبة ذكاء الأطفال المصابين به تقع بين التخلف العقلي البسيط إلى الذكاء الطبيعي، ومآل الاضطراب مع التأهيل والبرامج الارتقائية يعتبر جيد.

رابعاً/ التشخيص الفارق بين اضطراب التوحد وزملة الكروموسوم اكس الهش Fragile X Chromosome

وهو عيب وراثي في النسل من الذكور يكون مصحوباً بتأخر عقلي ويطلق هذا اللفظ على الاضطراب بسبب قابلية الدراع الطويلة للكروموسوم (X) القابل للكسر عندما يكون العيب موجوداً وهو ثاني الأسباب شيوعاً بعد زملة "داون" للتأخر العقلي بين الذكور ويسمى أيضاً زملة (الصبغ X الهش Fragile X Syndrome) وإن الإصابة بهذا المرض تأتي من الخلل من التركيب الكروموزومي في الخلية وقد يكون الشذوذ في شكل وراثة الكروموسوم X الهش والمسبب للتخلف العقلي الوراثي أو إعاقات التعلم وقد وجد إن 80 ٪ أو أكثر من الأفراد الذين أصابهم هذا الشذوذ يوصفون بكل أو بعض السمات البدنية والسلوكية والشخصية الآتية:

1) الخصائص البدنية:

تتمثل في عظام الوجه، أسنان ضعيفة، مفاصل مرتفعة وممتدة لأصابع اليد، أذن كبيرة منبسطة، ارتفاع غير عادي في سقف الحلق، حول في العينين، وجه طويل وضعيف، أقدام مفلطحة، خلل في الصمام الميتز إلى القلب، خلل في الناقلات العصبية مما ترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية ويصيب الصرع حوالي 20 ٪ منهم.

2) الخصائص السلوكية والشخصية:

تظهر في الحركات النمطية بالأيدي وقصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية في البيئة المحيطة يترتب عليها نشاط زائد عدواني أو عصابي، صعوبات في الانتباه والتركيز، تجنب التقاء العيون ومتابعة الحديث مع الآخرين، وقد يعاني من قضم الأظافر أو عض الأصابع، وقد يصدر همهمات غريبة وغير مفهومة، أو يأتي بتصرفات مثيرة للسخرية، وغالباً لا يمكن للآباء معرفته ما يريحهم أو يزعجهم، يعانون من قصور في القدرات والمهارات اللغوية، وفي التخاطب مع استيعابهم لما يوجه لهم من حديث لا يشوبه شائبة فإن استجابتهم له غاية في البطء والاضطراب في التعبير وتكرار نطق كلمة أو مقطع كلامي يسمعونه (المصاداة) Ecolalia أو خلل في تركيب الجمل ولعثمة وقصور في القدرة على الاتزان والتآزر الحركي العضلي ومشاكل في المشي وعدم اتساق وتناغم الحركات العضلية أو قصور في الإدراك الحسي والحركي أو البصري أو كلاهما. ومن الملاحظ إنه يصيب الذكور أكثر من الإناث ومن الممكن أن لا تظهر كل هذه الأعراض لإحدى الإناث لو كانت حاملة لكروموسوم X الهش لكنها قد تورثه لابنها الذكر فتظهر عليه الأعراض ومن الملاحظ أن كل تلك الأعراض تتشابه إلى حد كبير بأعراض اضطراب التوحد لذلك يأتي الخلط في التشخيص وإن أوجه هذا التشابه نوردها فيما يلي:

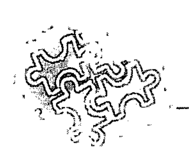
1) ممارسة الحركات النمطية المتكررة بالأيدي.

2) قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية والتواصل اللفظي والقدرة على التخاطب.

3) النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية Aggression أو العصبية الموجهة حول الذات والآخرين ممن يحيطون به.

4) صعوبات في التركيز والانتباه Attention Deficit Disorder

5) تجنب التواصل البصري ومتابعة الحديث مع الآخرين.



6) إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة.

ويمكن التمييز بين الإعاقتين بالرغم من كل هذا التشابه في الأعراض فيشير أوجرمان OGorman 1970 إنه يمكن ذلك من خلال الفحص الكروموزومي الدقيق الذي يكشف عن وجود هذا الكروموزوم الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة باضطراب التوحد ولكن احتمال الإصابة بالإعاقتين معاً أمر وارد حيث يرى أن نسبة (10-15 ٪) من مضطربي التوحد يصابون بزملة الكروموزوم X الهش.

وهذا قد يفسر سبب انتشار اضطراب التوحد بين الذكور أكثر من الإناث. وتنتشر حالات اضطراب الكروموزوم X الهش وفق دراسات مسحية أجريت في أمريكا بمعدل نسب تصل إلى (1:1000) من السكان كما إن حاملات المرض من النساء تصل إلى (1:700) مما يجعله الثاني في الترتيب بعد متلازمة "داون" وإن نسبته بين مضطربي التوحد تصل إلى 13 ٪ منهم وهذا ما أكدته دراسة قام بها رايت وآخرون (1986) Wright et al.

على (40) طفل من مضطربي التوحد وكشفت الدراسة على أن طفلاً واحداً فقط لديه الكروموزوم الأنثوي الهش X وقد أشار الباحثون إلى أن الارتباط بينه وبين اضطراب التوحد أقل مما كان يُعتقد سابقاً، ويؤكد ذلك دراسة قام بها "بيفن" (1991) Piven للتعرف على معدل الانتشار لهذا الاضطراب على عينة مكونة من (75) فرد مصاب باضطراب التوحد ثم تشخيصهم باستخدام مقابلة مقننة وانطبقت عليهمد دلالات التشخيص لدليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل وكشفت النتائج إن (2) من (75) أي بنسبة 2، 7 ٪ لديهم هذا الكروموزوم كما ظهر نفس الكروموزوم بمعدل منخفض لدى فردين من أفراد أسر هؤلاء الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

خامساً/ اضطراب التوحد وإعاقات التواصل:

1) التوحدي والإعاقة السمعية Hearing Impairment

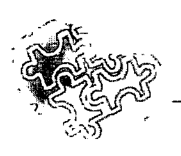
يعد التوحد Autism والصم Deafness أو فقد السمع Hearing loss من أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً بين الأطفال، والمسؤولين عن جعل الطفل يعاني الوحدة والعزلة فينزوي على أثرها بعيداً عن الآخرين ويتقوقع في عالمة الخاص. وتشير بيركي Berke (2003) إلى أنه قد يتم في بعض الأحيان إساءة التشخيص لكل من التوحد وفقد السمع أو بالأخرى الخلط بينهما حيث إن الطفل التوحدي قد يبدي بعض السمات التي

يبديها الطفل الأصم إذ نجده يبدو أحياناً وكأنه لا يسمع، ومن هنا فقد يتم تشخيصه على إنه أصم، وقد يتم تشخيص الطفل الأصم في الجانب الآخر على إنه توحدي نظراً لما يصدر عنه من بعض السلوكيات إلا إن واقع الأمر يعكس إن الطفل قد يكون أحدهما فقد يكون توحدياً، وقد يكون أصماً، وقد يجمع الطفل بينهما ويعاني الاثنين ومع ندرة هذه الحالات إلا أنها تحدث في الواقع وهذا ما أكده الاتحاد القومي لأبحاث "التوحد" بأمريكا National Alliance for Autism Research (2003) حيث أصدر تقريراً له يؤكد فيه أن ما بين 30–50 ٪ من الأطفال التوحديين يبدون أيضاً فقداً للسمع يتراوح بين الفقد الكلي والفقد الجزئي.

كما إنه قد تضمن الدليل الإحصائي الدولي لتشخيص الأمراض العقلية في إصداره الرابع DSM IV فظهرت إعاقات التواصل Communication Disorders كفئة أو مجموعة مستقلة من الإعاقات العقلية التي تعزى إلى تلف أو إصابات في لحاء المخ Cortex خاصة في النصف الأيسر من المخ الذي يقع عليه مراكز التخاطب وهي إصابات لا يعرف السبب الحقيقي لحدوثها حتى الآن، وتضم هذه المجموعة من إعاقات التواصل بناء على هذا التصنيف العديد من النماذج من بينها ما هو إعاقة في التعبير اللغوي Expressive Language DisorderS ومنها ما هو إعاقة في القراءة والاستماع إلى الرموز أو الألفاظ أو الأصوات اللغوية Receptive Language Disorders كما إن من بينها ما يجمع بين هذه الأنواع من إعاقات التخاطب والتواصل ومنها ما تقتصر على صعوبات النطق الصحيح لأصوات الحروف اللغوية Phonological Disorders ومن هذه الإعاقات إعاقة تعثر نطق الكلام Aphasia، وحسة الكلام المكتسبة والمصاحبة بتشنجات Acquired Aphasia With Convulsion وهي حالة نادرة وأحياناً يصعب تمييزها عن اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي والمصابون بها يكونون أسوياء لعدة سنوات قبل أن يفقدوا كل من لغتهم الإدراكية والتعبيرية على مدى أسابيع أو شهور وأغلبهم تتنابهم نوبات قليلة من الصرع ويتبعها اضطراب بارز في الفهم اللغوي يتميز بالكلام الشاذ، وبعض الأطفال يتم شفاؤهم ولكن يظل لديهم خلل واضح .

ويشير عثمان فراج (1996) إلى أن بعض الأطفال المصابون بالصم الذي يؤدي إلى البكم Deafness Lead to Mutism نتيجة لعوامل أثناء الحمل أو الولادة، قد يظهرون بعض سمات الأطفال التوحديين ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية.

ويعرض محمود حمودة (1993) بعض أوجه التشابه بين أعراض التوحد والإعاقة



السمعية فيما يلي:

1) غياب القدرة على التواصل البصري.

2) الاندماج في حركات نمطية.

3) عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي.

جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقة السمعية كما يلي:

1) أطفال الصم يستخدمون أعينهم كي يتعلموا مختلف الأشياء عن العالم المحيط بهم، وعلى ذلك فهم يقوموا بملاحظة الآخرين، وحتى قبل أن يتعلموا التحدث أو استخدام لغة الإشارة فإنهم يتعلموا كيف يجعلوا الآخرين يفهمونهم وذلك من خلال استخدامهم للإشارة المختلفة وهو الأمر الذي لا يقوم به الأطفال التوحديين أو الأطفال الصم التوحديين.

2) إن الطفل التوحدي لا يستجيب لمشاعر الآخرين، ولا يكون بمقدوره أن يفهم مثل هذه المشاعر، ولا ينظر إلى وجوه الآخرين حتى يمكنه أن يميز مشاعرهم تلك، كما إنه عادة يتصرف وكأنه لا يعبأ بها مطلقاً أما الطفل الأصم فيمكنه أن يتعرف على تغيرات الوجوه ولكنه يجد صعوبة في فهم المشاعر الداخلية لأنه عادة لا تتاح له الفرصة كي يتحدث عنها، كما إنه لا يكون بمقدوره أن يعبر عنها بشكل دقيق.

3) الطفل التوحدي سلوكياته متكررة كالهزهزة والتأرجح والدوران، وتشبيك اليدين والتصفيق المستمر بهما، وما إلى ذلك أما الطفل الأصم فلا يفعل شيئاً من ذلك إلا عندما يتم تجاهله أو تجاهل حاجاته لفترة طويلة من الوقت.

4) معدلات الذكاء IQ في حالات الإصابة بإعاقة سمعية أعلى من نظيراتها في حالات التوحد.

5) تستطيع حالات الإصابة بإعاقة سمعية تحقيق التواصل غير اللفظي مع الآخرين أفضل من حالات التوحد.

6) تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيسي في هذه الجوانب.

7) سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض .

8) يميل التوحدي للانسحاب الاجتماعي، والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقارنة بالمعاق سمعياً.

9) يمكن لطفل الإعاقة السمعية فهم الأوامر والغرض من التواصل عن طريق التركيز بالعيون تجاه المتكلم محاولة منه فهم المطلوب عكس الطفل التوحدي الذي يتجنب حتى مجرد تلاقي عيونه مع عيون الآخرين المحيطين به.

2) **التوحدي واضطراب اللغة والكلام** Communication Disorders

دعنا أولاً نتعرف على مفاهيم اللغة ما هي مفاهيم اللغة؟!

1) اللغة الاستقبالية: وهي اللغة غير اللفظية Receptive Language

2) اللغة التعبيرية: وهي اللغة التعبيرية Expressive Language

3) الكلام: وهو القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات.

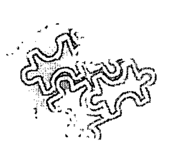
4) النطق: وهو الحركات التي تقوم بها الحبال الصوتية وجهاز النطق أثناء إصدار الأصوات.

ولكي تكون هناك مقدرة لغوية يحتاج الإنسان إلى أعضاء سليمة وتدريب سليم، فالأعضاء هي الأذنين وأعصاب السمع والدماغ واللسان، فالطفل الذي لا يسمع لا يتكلم، كما وإن التواصل اللغوي يحتاج إلى المقدرة على إرسال واستقبال رسائل لغوية مفهومة، ويكون لدى الطفل التوحدي اضطراب عام في التواصل اللغوي مما يجعله لا يمتلك القدرة للتعبير عن نفسه، والتواصل مع الآخرين، وعدم القدرة على التعلم والتدريب، وحيث إن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية مظاهر أساسية في التوحد فإنه من المتوقع أن يكون هناك تشابه بين الطفل مضطرب التوحد والاضطرابات اللغوية وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات.

ويرى سميث وآخرون Smith. et.al (1999) إنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة، حيث إن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط كل فئة من هاتين الفئتين والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى ويمكن أن نعرض ذلك فيما يلي:

1) الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم استخدام الإيماءات وتعبيرات الوجه للتواصل مع الآخرين.

2) أطفال اضطرابات اللغة يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تعبر عن احتياجاتهم تسهم في فهم تعبيرات وجوههم لدى الآخرون فيتواصلون معهم.



3) إن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها.

4) إن الأطفال مضطربي التوحد في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه.

5) كذلك أطفال اضطراب التوحد يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث إنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبها اللغوية، كما إن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق.

6) إن أطفال التوحد يتسمون عادة بما يعرف بالترديد (اكولاليا) المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم.

5) التوحد واضطرابات التخاطب:

تعتبر إعاقات التخاطب والتواصل من الإعاقات النمائية المحددة Specific Developmental Disorder وتتميز بالنمو غير الطبيعي لبعض المهارات اللغوية والكلامية والحركية ولا تعزى لاضطراب جسمي أو عصبي محدد أو تخلف عقلي أو نقص فرصة التعلم أو الإصابة بالاضطرابات النمائية المنتشرة ويترتب على الإصابة بهذه الإعاقات ظهور مشاكل في القراءة، التعبير اللغوي، التعبير الكتابي، النطق الصحيح للأصوات، التهتهة، عدم القدرة على الحسابية Acalculia.

وهناك العديد من الجوانب التي يتشابه فيها معاق التخاطب ومضطربي التوحد وهي:

1) قصور في القدرة على التواصل اللغوي (اللفظي).

2) غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية.

ويختلفون في الجوانب الآتية:

1) أصحاب إعاقات التخاطب لا تظهر لديهم ظاهرة الترديد الآلي Echolalia والخلط في استخدام الضمائر، بعكس حالات التوحد فهذه الظواهر تعتبر من السمات البارزة لديهم.

2) درجة القصور اللغوي لدى أصحاب إعاقات التخاطب تكون أقل من نظيراتها لدى التوحديين.

3) أصحاب إعاقة التخاطب لديهم قصور في نوع محدد من أشكال التواصل في حين

أنهم يستطيعون استعمال الأشكال الأخرى من التواصل عدا الجانب المعاق لديهم، بعكس حالات التوحد فهي تعاني من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي.

4) أصحاب إعاقات التخاطب يندمجون في ألعاب ابتكارية خيالية، بعكس التوحديين فهم يعانون من قصور في هذه السمة.

5) أصحاب إعاقات التخاطب نسب ذكاؤهم IQ أعلى من نظيراتها في حالات التوحد.

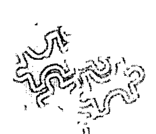
6/ اضطرابات اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط

Receptive-Expressive Language Mixed Disorder

اضطرابات اللغة سواء التعبيرية أو في اللغة الاستقبالية التعبيرية المختلط فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولكنه لا يكون مصحوباً بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والانماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد وبالرغم من أن كلاهما يتمثل في وجود خلل لغوي غير مرتبط بالخلل الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي كما أنه لا يرتبط بضروب السلوك النمطي التكراري تظل هناك بعض الصعوبات من حيث تحديد هذا الاضطراب والتفرقة بينه وبين اضطراب التوحد.

ه/ التوحد والحبسة أو عسر الكلام الإنمائي (الديسلكسيا Dyslexia)

في كلا النوعين فعسر الكلام الإنمائي (عسر الكلام التعبيري أو الحبسة التعبيرية) وعسر تلقي الكلام (حبسة التلقي) وفي اضطراب التوحد هناك استجابات غير عادية أو شاذة للأصوات وتأخر في النطق وفي اكتساب الألفاظ وفهمها وفي استعمالها، وبما أن اكتساب الكلام واللفظ واللغة يتم ببطء، فإن الأطفال الذين يعانون من الحبسة ومن اضطراب التوحد يشوهون الكلمات والألفاظ ويحرفونها، وبسبب صعوبتهم في التواصل وعدم فهم ما يقولون فإن الأطفال المصابين بعسر الكلام قد تتطور عندهم الحالة إلى اضطراب في العلاقات مع الآخرين كما هو الحال في التوحد، فالأطفال المصابين بالحبسة لا تظهر عليهم أعراض الحبسة الإدراكية كالمبالغة في المثيرات الحسية أو تخفيفها وبذلك يقدرون على التواصل عن طريق الوضعيات الجسمية والتعبيرات الوجهية (التواصل غير اللفظي) وبما أن الطفل المصاب بالحبسة قد اكتسب اللغة وتعلم النطق فإنه نادراً ما يظهر ضعفاً في التواصل أو الترديد الببغاوي الذي يتميز به مضطربي التوحد، ويختلف الاثنين في طرق المعالجة.



وقد أشار كورشيل ((Churchill. 1972 إلى التشابه بين اضطراب التوحد والحبسة الكلامية "الافيزيا الإرتقائية Developmental Aphasia في معدلات الإصابة بين الجنسين حيث تزيد عند الذكور عنها في الإناث بنسبة 1:4 وفي وجود قصور عصبي بيولوجي وفي السمات الاكلينيكية والسلوكية في المجموعتين، وفي الأداء على اختبارات القياس النفسي حيث يكون الأداء على الاختبارات الفرعية اللفظية أقل من الأداء على الاختيارات الفرعية غير اللفظية والتشابه أيضاً في الاضطرابات في استخدام اللغة ويشمل قلب الضمائر والإعراب الخاص واضطراب التواصل العامة والدائمة. وقد قام كل من بارتك وروتر وكوكس بدراسته لمقارنة اللغة عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد ونظراؤهم الذين يعانون من "الحبسة الكلامية" حيث افترضوا إن اللغة لديهم تختلف في أربع عناصر أساسية هي:

1) عند مضطربي التوحد تجد تكرار المصطلحات وقلب الضمائر والقصور الشديد في الفهم وقلة مهارات التعبير ونقص استخدام الإيماءات واللغة الاجتماعية غير المناسبة في حين نجد مجموعة العسر الكلامي Dysphasia Group يقل لديهم المشكلات السلوكية ويكونون ناضجين اجتماعياً وقادرين على الاستجابة مقارنة بمجموعة المصابين بالتوحد.
2) الأطفال المصابين بالتوحد أكثر احتمالاً لإظهار الاضطراب في ارتقاء اللغة Metaphorical Language والتعليقات غير المناسبة ونقص فهم اللغة المكتوبة (رغم القدرة على تميز الكلمة الواحدة) حيث يكون اضطراب اللغة لدى التوحدي أكثر بكثير من الأطفال الذين يعانون من العسر الكلامي.
3) اضطراب اللغة لدى التوحدي يشير إلى قصور معرفي وهو لا يوجد لدى الأطفال ذو العسر الكلامي.
4) الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللغة الارتقائية تكون لديهم المهارات اللفظية جيدة ويكون لديهم الاتصال بعدى وهو ما تلاحظ قصوره لدى الأطفال المصابين بالتوحد وغالباً ما يحاولون التواصل من خلال الإيماءات بينما نجد قصور عام في الاستجابة في اضطراب التوحد.

وأخيراً يجب الإشارة بما لا يدعوا مجالاً للشك من أن درجة القصور اللغوي والقدرة على الاتصال تكون بدرجة أكبر من حيث الشدة والشمولية في إعاقية اضطراب التوحد

عنها في الأطفال الذين يعانون من قصور لغوي والدين في معظم الأحيان تقتصر إعاقتهم على أنواع محدودة من القصور اللغوي يكون أما تعثر في نطق الكلام فقط Alphasia أو تعثر في النطق والكلام وفهم الكلمة المكتوبة Dyslexia فقط أو قد يكون مجرد استخدام خاطئ لبعض الكلمات أو صعوبة في العثور على اللفظ الصحيح السليم مما يؤدي إلى استخدام غريب للألفاظ Nominal Aphasia.

ويشير وليام (William 2001) إلى أن الأطفال الذين لديهم مشاكل في تطور اللغة والكلام يظهرون اهتمام بالتفاعل الاجتماعي لا يُظهره مضطربي التوحد.

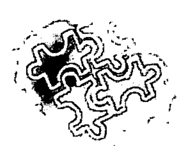
و) التوحد والصمت الاختياري Electire Mutism

هناك بعض الأطفال يمكنهم أن يتحدثوا في مواقف أو مكان واحد فقط مثل المنزل ولكن يبقوا صامتين في الأماكن الأخرى وهذا يحدث عادة مع الأطفال حديثي التعلم للكلام في مرحلة ما قبل المدرسة ولكن إذا استمرت تلك الأعراض إلى مرحلة ما قبل الدراسة فلابد من أن يوضع ذلك في الاعتبار عند التشخيص وترجع هذه الحالة إلى نوع من الاضطرابات الانفعالية التي تظهر من صورة الخجل والانطواء، والأطفال ذوي البكم والصم الموقفي أو (الاختياري) من الممكن أن تظهر لديهم العديد من المشكلات في النطق والسلوك ولكن نمط السلوك لديهم يختلف عن نمط السلوك لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

ويتسم الصمت الاختياري بفشل في استخدام الكلام والتواصل في بعض المواقف الاجتماعية بالرغم من استخدام الكلام في مواقف أخرى وهو يختلف عن التوحد في إنه أقل خلل في التفاعل الاجتماعي، وقد يكون له سبب Psycho Cause ولكن الطفل Mutism يصدر أنماط سلوكية متشابهة للتوحد Autism وعادة يظهر قبل سن 5 سنوات.

ويشير علاء كفافي 2001 في الصمت الاختياري يكشف الطفل عن تملكه لمهارات الاتصال المناسبة في سياقات عديدة في الوقت الذي لا يكون لديه التضرر الشديد في التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة من السلوك التي نجدها في اضطراب التوحد.

كما يشير محمد قاسم 2001 إلى أن الطفل في حالة الصمت الانتقائي (الاختياري) يكون على وعي وإرادة كاملة في اختيار الصمت أو التحدث وإنه عادة ما يكون صمته المختار كاستجابة Response لبعض المواقف الأسرية الخاصة وغير المرغوبة في العائلة، مثل هؤلاء الأطفال يتحدثون بطلاقة في المواقف الأخرى.



ويحدد محمد عودة 2016 بعض المميزات للصمت الاختياري إنه يتميز بقلة الكلام في بعض الأماكن/ المواقع (على سبيل المثال في المدرسة، مع الغرباء) في حين يتحدث الطفل في العادة في أماكن/ مواقع "آمنة" (على سبيل المثال في المنزل) في اضطراب التواصل، مشاكل التواصل موجودة في جميع الأماكن/ المواقع بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التواصل ربما يظهرون الصمت الاختياري بسبب الحرج من قصور/ عجز كلامهم.

وقد يكون ذلك أيضاً ردة فعل تعبيراً عن رفضهم للواقع المعاش والتقرير المباشر بعدم إبداء التواصل بالطريقة الكلامية الصريحة ولو أنهم يظهرون بعض ملامح التواصل غير اللفظي كالنظر والإيماءات وغيرها.

ويشير محمد عودة 2015 لأهم الفروق التشخيصية من مضطربي التوحد ومضطربي القصور الحسي فيما يلي:

م	جوانب الفروق	اضطراب التوحد	اضطراب القصور الحسي
1	سن البداية	منذ الولادة حتى سن الثالثة	متغير
2	المهارات الاجتماعية	فقيرة وضعيفة	عادية
3	السلوك التخيلي واللعب	ضعيف وفقيرة	جيد
4	مهارات التواصل غير اللفظية	ضعيفة	جيدة
5	مشكلات طبية تتعلق بالحواس	غير منتشرة	منتشرة

سادساً/ اضطراب التوحد واضطرابات أخرى:

هناك بعض من الاضطرابات الأخرى تشترك مع اضطراب التوحد في بعض الخصائص العامة نذكر أهمها:

1) زملة لاندكليفنر Land-Kleffine وفي هذه الزملة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث سنوات من العمر لكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك، وغالباً ما يُشخص خطأ على إنه أصم، ونحتاج في عملية التشخيص السليم لهذه الزملة إجراء تخطيط كهربائي للدماغ.

والأطفال المصابون بهذه الزملة يظهرون العديد من السلوكيات للتوحد مثل الانسحاب

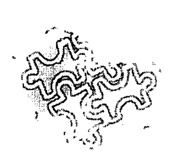
الاجتماعي، الإصرار على نفس الشيء، ومشكلات اللغة، ويعتقد إن لديهم نكوصاً ذاتوياً بسبب ظهورهم كأسوياء حتى بعض الوقت بين 3:7 سنوات، وغالباً لديهم مهارات لغوية جيدة في طفولتهم المبكرة، ولكن يفقدون قدرتهم على الكلام تدريجياً، كما أن لديهم موجات غير طبيعية في تخطيط الدماغ يمكن تحليلها ورسمها خلال فترة ما.

2) زملة سوتوس Sotos Syndrome وهي زملة تتسم بعملقة الدماغ Cerebral Gigantism مع استسقاء الدماغ Hydrocephalus وملامح وجهية نموذجية مميزة وتأخر في النمو وتسبب هذه الزملة سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهية شاذة، ومن الأعراض المشابهة للتوحد قصور المهارات الاجتماعية، والكلام التكراري (الاكولاليا) والدوران حول النفس في نفس المكان.

3) زملة وليام Wiliam's Syndrome هي زملة مرضية ترتبط بالجينات مع ملامح ومظهر محدد للوجه نادر يشترك ببعض الخصائص مع التوحد والتعلق بالأشياء غير طبيعية.

4) زملة موبياس Moebius Syndrome وهو اضطراب عصبي Neurological Disorder مع شلل الأطراف الوراثي على الناحيتين، وهذه الزملة تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي "بما في ذلك شكل عضلات الوجه، مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية "ومشكلات سلوكية" مثل تلك التي تنتج عن اضطراب التوحد.

5) زملة التصلب الحدبي Tuberous Sclerosis هي اضطراب جيني سائد يتميز بظهور طفح جلدي على الوجه حول الأنف يُشبه حب الشباب وينتشر في أماكن أخرى من الجسم بالإضافة إلى عقيدات مبعثرة في الجهاز العصبي وأعضاء الجسم المختلفة مع أورام عدسية الشكل في قاع العين وفي هذه الزملة يوجد الصرع Epilepsy مع تخلف عقلي من 50 ٪ من الحالات ولوحظ ارتفاع معدل مصاحبة للتوحد وفرط الحركة والعدوان وسلوكيات إيذاء الذات Self Injurious وقد يرتبط بحدوث التوحد في حالة وجود حدبات في الفص الصدغي Tuber in Temporal Lobes.





التقييم وأساليب التدخل والبرامج التدريبية العلاجية

مُقدّمة

بالرغم من تطور الأساليب العلاجية الحديثة، والأجهزة الطبية المتقدمة؛ إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروفاً، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية، وهناك من أكد على الأسباب البيولوجية، كما أشارت بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات، وظروف الحمل والولادة، وأيضاً إلى التلوث البيئي، والتطعيمات، والفيروسات، إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب واضح للاضطراب.

إن اضطراب التوحد حالة طويلة المدى يمكن أن تتحسن مع الوقت من خلال التعليم المناسب ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى مجهود كبير حتى يصلوا إلى مرحلة التكيف حيث تساعد البرامج التدريبية على خفض السلوكيات غير الملائمة لمضطربي التوحد وتنمية مهاراتهم للتفاعل مع المجتمع المحيط بهم ويجب أن لا نفكر في الطفل على أنه يعاني من التوحد ولكن يجب أن نفكر فيه على أنه كائن حي، يجب تغيير صفات اضطرابه وذلك بالعمل الدؤوب على تقوية الجوانب الإيجابية في عملية نموه وتنميتها لسلوكيات أكثر إيجابيه بالتدريب المستمر.

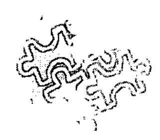
أهمية التقييم وتنمية المهارات:

تكاد تجمع الدراسات على أهمية عملية التقييم كمدخل رئيسي لرسم الاستراتيجيات العلاجية، ويرى "(Bennetto. L. & Rogers (1996" إنه إذا كان الغرض من التشخيص هو تحديد وجود اضطراب التوحد، فإن التقييم هو عملية تحديد نقاط الضعف والقوة، واحتياجات الفرد حيث تُستخدم هذه المعلومات في وضع وتطوير البرامج العلاجية والتعليمية وأيضاً مناقشة فاعليتها.

وتشير (Kikas. Eva 2003) إلى أن التقييم عملية ضرورية جداً ولذلك تم تطوير أدوات التقييم كجزء هام من الخدمات التي تقدم لأطفال التوحد.

بينما تشير (Preis. J.. 2007) إلى أنه يجب أن يكون هناك هدف لوضع إطار تقييمي مشترك لكل الأطفال ذوي المشاكل المحتملة أو المعرضون لخطر الإعاقة أو لأي اضطراب.

وكذلك بالنسبة للبرامج الخاصة بتنمية المهارات المختلفة للطفل التوحدي يؤكد عبد الفتاح غزالي من خلال دراسته 1997 على ضرورة وجود برامج لتعديل سلوك الأطفال



مضطربي التوحد واكسابهم المهارات وتخفيف حدة أعراض التوحد لديهم.

وأوضحت دراسة Mary Weiss 1999 مدى أهمية التدخل السلوكي المكثف ونجاحه في تعليم مجموعة من الأطفال مضطربي التوحد.

وتشير لورا سيشربمان (Schreibman, Laura – 2005) بأن البرامج المبكرة التي تعتمد على تحليل السلوك التطبيقي لها تأثير كبير في نجاح التعامل مع أطفال التوحد في المجال اللغوي، الاجتماعي، اللعب، المهارات الاكلينيكية وكذلك في خفض بعض المشاكل السلوكية.

بينما تؤكد كونور "Connor, Michael, 2003" على أن برامج التدخل المبكر المركزة يمكن أن تكون فعالة جداً وخاصة إذا كانت واضحة البنية ومخططة لتعميم المهارات المتعلمة.

وقد أشار نيكوبوليس وكنيون "Nikopolis & Kenion 2003" إلى أن الأطفال والشباب مضطربي التوحد يستطيعون تطوير مهاراتهم عندما يقدم لهم تكنيكات العلاج الملائم وإعداد الخطط المناسبة لتدريبهم.

وتشير هيلين ماك كوتشي وآخرون "Mc Conachie، et-al 2006" إلى أن الأطفال التوحديين يحتاجون إلى المساعدة لتطوير المهارات المبكرة في مجال الانتباه، التقليد، التواصل، بالإضافة إلى طلب الحاجات الفورية، فهم لغة الآخرين والاستمتاع بصحبتهم، تقبل التغيير، وذلك يتطلب تصميم برامج واستخدام تشكيلة عريضة من طرق التدخل المبكر.

حيث أشارت نتائج الدراسات في مجال اضطراب التوحد إلى أن الطفل التوحدي يعاني قصور في كثير من المهارات والسلوكيات، وأوصت بتصميم برامج تدريبية وعلاجية وإرشادية تهدف إلى تحسين مهاراتهم وقدراتهم، بحيث يجب أن تتنوع تلك الأساليب التدريبية والعلاجية سواء كانت فردية أو اجتماعية وسوف تؤدي إلى إحداث تغيرات إيجابية في تنمية مهاراتهم.

ويجب أن يتلقى الأطفال مضطربي التوحد الرعاية والتأهيل العلاجي في مراكز خاصة بهم ويشرف على تعليمهم نخبة متخصصة في التربية الخاصة. ونظراً لأن هؤلاء الأطفال يعانون صعوبات في المجالات النمائية النفسية والتربوية وصعوبات ومشكلات ومستويات أداء مختلفة أيضاً. فأهمية التقييم هنا في أنه يوفر لنا معلومات عن القدرات

الوظيفية النمائية ويساعدنا في تحديد المجالات المتأثرة ويمكننا من التعرف إلى مظاهر القوة ويساعدنا في تحديد المجالات المتأثرة ويمكننا أيضاً من التعرف إلى مظاهر القوة والجوانب التي تحتاج إلى تدريب فضلاً عن إنه يزيد من فهم المعالج ومعلم التربية الخاصة بالاستراتيجيات التي يستخدمها المضطرب أو يعرفونها، وتساعدنا أيضاً على تحديد الطرق التي تشبع الحالات الخاصة لأطفال التوحد.

ونظراً لأن مضطربي التوحد مختلفون في الأعراض والأسباب والدرجة والشدة، لذلك فتنوع الأساليب العلاجية ومن ثم فالأمر يتطلب وضع خطط وأهداف تلبي احتياجات ومتطلبات كل طفل على حدة وفقاً لخصائصه العقلية والاجتماعية والتواصلية والسلوكية.

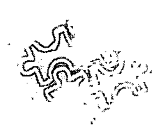
وبذلك يكون أهداف التدخل Inter Vention Aims العلاجي تقتصر على تخفيف الأعراض السلوكية وتعويض غياب المهارات الأساسية للحياة اليومية مثل التواصل ورعاية وتحقيق قدر ولو محدود من التفاعل والنمو الاجتماعي Social Growth فضلاً عن حاجة والدي الطفل وأسرته للتوجيه التربوي والإرشاد والتدريب على تقبل الأمر الواقع وأساليب التعامل مع الطفل التوحدي وإشباع حاجاته الذاتية الأساسية مما يستدعي علاجاً ذاتياً متواصلاً لاستخدام العلاج السلوكي والتعليمي الذي ثبت نجاحهما في تخفيف آلام الأسرة وتدريبها على التعامل مع الحالة.

حيث يرى Rutter 1996 تركيز الاهتمام على التعلم بوجه عام وعلاج أوجه القصور المعرفي واللغوي بوجه خاص. وأن تكون البرامج العلاجية موجهة نحو تعزيز النمو السوي.

ونظراً لتنوع أعراض اضطراب التوحد Autism فإنه لا يوجد منهج واحد أو محدد بعينه يصلح للتعامل مع جميع الحالات ولذلك تنوعت الأساليب العلاجية وطرق التدخل، و استخدام بعض أنواع العلاج السلوكي وتعديل السلوك، وكذلك مناهج علاج الكلام أو علاج اللغة وتحقيق التكامل في الإدراك الحسي أو في إحساس المريض، وكذلك علاج الرؤية Vision Therapy والعلاج بالموسيقى Music Therapy والتدريب السمعي والعلاج الدوائي والعلاج الغذائي والكثير الكثير مما نعرفه بهذا الفصل.

ومن أشهر الطرق والبرامج والتدخلات العلاجية "التربوية – السلوكية" والتي قدمت لفئة الأطفال مضطربي التوحد ومن يعانون من إعاقات التواصل والتي نالت شُهرة عالمية وتُستخدم على نطاق واسع ما يأتي:

1) برنامج التعليم المنظم لمضطربي التوحد وذوي الإعاقات التواصلية (TEACH) وهو



برنامج أعده سكوبلر Schopler "1972" منذ أوائل سبعينيات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهاراته وإعطاء الأولوية للعلاج المعرف السلوكي Behavio Cognition والاهتمام بالوسائل والمثيرات البصرية Visual.

وهو برنامج معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية ومن أهم عناصر برنامج تيتش "AEACH"

1) التنظيم المادي Physical Structure ويتصف هذا التنظيم بما يلي

- التنظيم المادي شكل من أشكال التعليم المنظم ، ويشير إلى تنظيم البيئه الفيزيائية للأطفال التوحديين من حيث وضع الأثاث والأدوات والخزائن والأركان.
- التنظيم المادي يعمل على تكييف البيئة لمواجهة الصعوبات وزيادة الاستقلالية عند الطلاب.
- يهدف التنظيم المادي إلى جعل بيئة الطفل ذات معنى بالنسبة له من خلال تنظيم وترتيب المواد والأشياء من حوله.
- نظراً لأن الطفل مضطرب التوحد يعاني من صعوبات تنظيمية وعدم القدرة على معرفة كيفية الحصول على ما يريد والوصول إلى المنطقة المحددة بأبسط الطرق. لذا فإن التنظيم المادي يبسط البيئة المحيطة به.
- التنظيم المادي يقدم عدداً من الدلائل البصرية من أجل مساعدة مضطرب التوحد على فهم التعليمات وتشمل هذه الدلائل على المجسمات والصور الفوتوغرافية والرسومات.
- يشتمل التنظيم المادي على إيجاد حدود بصرية لمساعدة الطفل التوحدي على فهم كل نشاط ومجال من أين يبدأ ومن أين ينتهي.
- يشتمل التنظيم المادي على أركان كالركن الفردي، والركن الاستقلالي، وركن العمل الجماعي، وركن اللعب، وركن الاسترخاء، وهذه الأركان المختلفة تساعد الطفل التوحدي على التواصل الوظيفي مع البيئة وزيادة انتباههم وتركيزهم على المهام والأنشطة المختلفة.

2) الجداول البصرية Visual Schedules

وتعتبر الجداول البصرية جزءاً من التعليم المنظم لأطفال التوحد، وتكون الجداول على شكل مجسمات أو صور أو كلمات مكتوبة تساعد الطفل على معرفة ما هي الأنشطة التي سوف تحدث؟ وما هو ترتيبها؟ وما هي الأنشطة اللاحقة.

وللجداول البصرية أهمية كبيرة نبرزها فيما يلي:

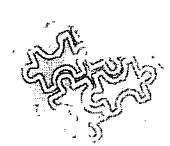
- تزود الطفل بمعلومات عن حياته ويومه ومهام عمله.
- مساعدته على فهم المنطق ومبدأ التتابع والتنظيم في البيئة المحيطة.
- أداء الخطوات متسلسلة أسرع والثبات لمدة أطول في أداء المهمة.
- تساهم في زيادة الحصيلة اللغوية ومهارات التواصل.
- إدراك مفهوم الوقت قبل وبعد.
- تخفيض المشكلات السلوكية للطفل.

6) تنظيم المهام Task Organization

وهو جزء من التعليم المنظم، ويشير إلى عرض وتنظيم المهام بطريقة تزود الأطفال بمعلومات عما سوف يقومون به في الركن الاستقلالي بدون توجيهات من المعلم أو وجود معززات وذلك من خلال إيجاد أنظمة بصرية مختلفة لكل طفل مع مراعاة الفروق الفردية بينهم. ويتم التدريس لأطفال التوحد من خلال الجلسات الفردية مع توفير الأدوات والمواد اللازمة، ويجب أن يصمم نظام العمل لكل طفل حسب احتياجاته الفردية ومستوى التطور لديه، وتجرى عملية التدريس بخطوات متسلسلة ومنظمة يبدأها المعلم من اليسار إلى اليمين أو من خلال المطابقة حسب الشكل أو اللون أو الأرقام أو الحروف، أو من خلال نظام الكتابة.

2) برنامج لوفاس Lovaas 1987 (YAP)

وهو برنامج قائم على التدخل السلوكي المكثف للأطفال مضطربي التوحد الصغار ممن لا يتجاوز أعمارهم عن خمس سنوات لمدة 40 ساعة في الأسبوع ويمتد من سنتين إلى ثلاث سنوات، وتعتمد هذه النظرية على تعديل السلوك من خلال التعزيز، ويركز هذا البرنامج على أهمية الساعات الأولى للعلاج لإقامة العلاقة الإيجابية التي تسمح بتنفيذ البرنامج بنجاح ويؤكد على المعالج أن يضمن أن الطفل سوف ينجح في تحقيق ما يطلب منه بمعنى أن يعرف قدراته جيداً ثم نحدد ما يطلب منه وتقليل فرص الخطأ بأن تكون المهمة المطلوبة بسيطة بحيث يستحيل الفشل فيها مع مكافأته عندما ينجح في أداء ما



يطلب منه، ويتم التدريب في التعليم المنظم والفردي وتشترك الأسرة في البرنامج، ويهدف البرنامج إلى زيادة السلوك المرغوب فيه، والتقليل من السلوك غير المرغوب فيه، وحدد لوفاس عدة عناصر يجب أن تتوفر في تطبيق البرنامج وهي:

- عدد ساعات التدريب 40 ساعة أسبوعياً.
- تدريب الأطفال قبل عمر خمس سنوات وأن لا يزيد عن هذا العمر.
- عدم قبول من تقل درجة ذكاؤهم عن 60 درجة.
- تدريب الأطفال في منازلهم مع أسرهم.
- إشراك الأسر في تدريب الأطفال.
- منهج تربوي متسلسل من الأسهل إلى الأصعب.

ويعتبر برنامج لوفاس من أكثر البرامج التربوية تطبيقاً على مضطربي التوحد وخاصة في مرحلة التدخل المبكر، وقد نشر لوفاس (1987) برنامجه وأوضح أن 47 ٪ من الأطفال أبدوا تحسناً واضحاً وارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي والتحقوا بمدارس عادية، ويبدأ البرنامج مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات ب (10-16) ساعة أسبوعياً وتزداد تدريجياً إلى أن تصل إلى (35-40) ساعة أسبوعياً.

ويهدف البرنامج إلى ما يلي:

أ/ منهج المبتدئين، ويشمل على الانتباه، التقليد، اللغة الاستقبالية (الفهم)، اللغة التعبيرية، مهارات ما قبل الأكاديمي، الاعتماد على النفس.

ب/ المنهج المتوسط، ويشمل على الانتباه، التقليد، اللغة التعبيرية، المهارات الاجتماعية، مهارات ما قبل الأكاديمي، والاعتماد على النفس.

ح/ المنهج المتقدم، يشمل على الانتباه، التقليد، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، المهارات الأكاديمية، المهارات الاجتماعية، التحضير لدخول المدرسة، للأطفال المبتدئين يتخللها استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين بعد كل 15-10 دقيقة من التدريب، وبعد انتهاء الجلسة يأخذ الطفل استراحة لعب لمدة تتراوح من (15-10) دقيقة.

3/ برنامج الحياة اليومية Daily LifeTherapy

برنامج ياباني قدمته كيتاهارا "Kitahara 1964" من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو منهج تربوي يعتمد على

إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين، وهو بذلك يركز على أهمية التفاعلات الاجتماعية من خلال المجموعات والتقليل قدر الإمكان من التعليم الفردي وتقوم هذه الطريقة على خمس مبادئ أساسية هي:

1) العمل على استقرار وتوازن المشاعر لدى الأطفال مضطربي التوحد وتدريبهم على مهارات الاعتماد على النفس (التعلم الموجه للمجموعة).

2) العمل على تطوير واتباع ما يسمى أنظمة إيقاع الحياة Rhythm of Life من خلال التدريبات الرياضية (يركز على الموسيقى والرسم والرياضة (الحركة).

3) العمل على تنشيط العمليات الإدراكية والذهنية.

4) التعليم بالتقليد.

5) تقليل مستويات النشاط غير الهادف " الحركات النمطية " بالتدريب الصارم.

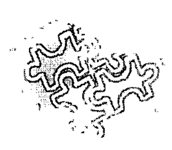
ويطبق هذا البرنامج على مضطربي التوحد أو أي من الاضطرابات النمائية الأخرى ممن تتراوح أعمارهم ما بين (3-12) سنة، ويُقبل الحالات أحياناً إلى عمر 16 سنة ويبقون في البرنامج لغاية سن 23 سنة تحت إشراف معلمون متخصصون ومؤهلين يحملون درجة الماجستير في التربية الخاصة بنسبة معلم واحد ومساعد لكل 6 أطفال في الفصل الدراسي ومعلم واحد لكل ثلاثة أطفال في حصص التربية الفنية والموسيقى والتربية البدنية.

وبصفة عامة تعتمد فلسفة الطريقة على التعلم من خلال الأنشطة الجماعية وأن هناك علاقة بين العقل والجسم مما يؤدي إلى الاستقرار والتوازن وخفض القلق والتوتر لدى الأطفال ويستخدم في الطريقة الأساليب والمبادئ السلوكية كالتلقين والإخفاء والتعزيز التفاضلي للسلوك البديل، ويركز على التعلم الموجه للمجموعة والتعلم عن طريق التقليد والتقليل من السلوكيات غير المرغوبة، كما يركز المنهج على الموسيقى والرسم والأنشطة الرياضية كالجري وكرة القدم والسلة.

4/ برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية

The Douglass Development Disabilities Center (DDDC)

تأسس مركز دوغلاس عام 1972 لمضطربي التوحد أو أياً من الاضطرابات النمائية وتتراوح أعمارهم من (30-62) شهراً، ومعدل درجة ذكاؤهم من (36-105) درجة، ويعمل في هذا البرنامج معلمون مؤهلين وحاصلين على درجة الماجستير في التربية الخاصة،



وينقسم برنامج دوغلاس إلى ثلاث فصول:

1) **فصل التحضير:** وهي المرحلة الأولى من البرنامج، ويتلقى الطفل 25 ساعة من التدريب السلوكي في المركز و 15 ساعة من التدريب السلوكي في المنزل، ويتم التدريب بشكل فردي من خلال تقنيات سلوكية والمحاولات المنفصلة.

2) **فصل المجموعة الصغيرة:** وهي مرحلة ثانية من البرنامج، ويتلقى فيها الطفل تدريباً مكثفاً لاكتساب مهارات تؤهله للانتقال إلى مرحلة الدمج في فصل مرحلة رياض الأطفال مع أطفال أسوياء (طبيعيين) ويضم الفصل ستة أطفال ونسبة عدد الطلاب إلى المعلمين 1:2.

3) **فصل الدمج في رياض الأطفال:** وهي مرحلة ثالثة من البرنامج ويتلقى الطفل المنهج العادي لرياض الأطفال مع إجراء بعض "التعديلات" لتتناسب مع قدرات الطفل مضطرب التوحد، ويضم الفصل ثمانية أطفال أسوياء (طبيعيين) وستة أطفال مضطربي التوحد وثلاثة معلمين أو معلم ومساعدين اثنين أو معلمين اثنين ومساعد واحد.

ويتلقى الأطفال في مرحلة فصل التحضير 25 ساعة من التدريب المركز، و15 ساعة من التدريب في المنزل، وينخفض عدد الساعات بانتقال الطفل إلى مراحل متقدمة من التدريب، وفي جميع المراحل يتلقى الطفل خمسة أيام أسبوعياً من التدريب ولمدة سنة، ويحتوي المنهج على تسلسل نمائي لمهارات متعددة منظمة من الأسهل إلى الأصعب ويهدف المنهج إلى تعليم الأطفال مضطربي التوحد المهارات الاجتماعية والإدراكية والحركية ومهارات الاعتماد على النفس والتعبير عن المشاعر، ويقوم برنامج "دوغلاس" على تعديل السلوك غير المرغوب فيه وغير السوي من خلال ما يعرف بالمدخل الوظيفي لتعديل السلوك.

5/ برنامج دينفر للعلوم الصحية

The Denver Health Sciences Center Program (DHSCP)

وقد نشر هذا البرنامج عام (1981) في جامعة كولورادو من إعداد Rogers "روجرز" وآخرون ويعتمد هذا البرنامج أساساً على اللعب وتكوين علاقات اجتماعية لرفع مستوى التواصل، وتنمية لغة التفاعل الاجتماعي، والتفكير الرمزي، وتنمية الخيال الفاعل.

6/ برنامج ديلاوير لمضطربي التوحد The Delware Autistic Program

طور هذا البرنامج بوندي وفروست Bondy & Frost (1980) في ولاية ديلاوير للأطفال مضطربي التوحد، ويقبل البرنامج الأطفال من متوسط عمر (47) شهراً ويستمر في تقديم الخدمات لغاية عمر (21) سنة، ويهدف البرنامج إلى تنمية مهارات الاتصال أثناء اللعب والأنشطة الاجتماعية، والتقليل من السلوكيات غير المرغوبة، ويركز على الدمج بشكل تدريجي ويؤكد على أهمية دور الأسرة في إعداد الخطط التربوية الفردية لأطفالهم وتبادل الخبرات فيما بينهم.

7/ برنامج الاستجابة المحورية Pivotal Response

وضع هذا البرنامج Kaegel. dk سنة 1995 وبعكس برنامج لوفاس الذي يركز على تنمية العديد من المهارات، فإن هذا البرنامج يهتم بعدد محدد من المهارات المحورية التي تقود إلى أنواع من التعميم وهو لا يقدم برنامج معين كغيره من برامج التعليم للأطفال مضطربي التوحد ولكن يؤكد على أهمية أسلوب التدريس الذي يمهد للطفل اكتساب المهارات الاجتماعية واللغوية مركزاً الاهتمام بصفة خاصة على اكتساب القدرة على الانتباه والتركيز التي هي من أكثر نواحي القصور في مهارات الطفل التوحدي وعلى تنمية الدافعية وحوافز التعلم.

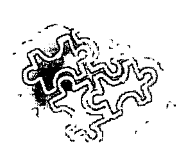
8/ برنامج ماكتون Macaton Program

هذا البرنامج طوره مارجريت ووكر Margret Waker 1976 ويهدف إلى تحسين المهارات اللغوية لأطفال مضطربي التوحد وغيرهم من الذين يعانون من قصور لغوي ومهارات القراءة والكتابة.

وقد صمم البرنامج ليشمل الذين يعانون من اضطرابات لغوية كمضطربي التوحد والمعاقين عقلياً، وذوي الاضطرابات الكلامية واللغوية. ويتكون البرنامج من مفردات أساسية تحتوي ما يقارب "450" مفهوم لغوي موزعة على ثماني مراحل أساسية ورموز إضافية أخرى تتدرج من السهل إلى الصعب، ويشمل التدريب على هذا البرنامج ثلاث مراحل هي:

- مرحلة التعرف على الإشارة.
- مرحلة ربط الإشارات بالرموز.
- مرحلة ربط الإشارات بالكلمات والجمل البسيطة.

9/ برنامج إيدن Eden Program



يعتمد هذ البرنامج على تحقيق التكامل بين تنمية المجموعة الأساسية من المهارات الحياتية والأكاديمية مع تنمية التفاعل والعلاقات الاجتماعية كأساس الأنشطة التعليمية في تعاون وتكاتف مع أسرة الطفل، وقد بدأ استخدام هذا البرنامج عام 1975 في مدرسة نهارية عرفت باسم معهد "إيدن" في ولاية نيوجرسي الأمريكية تكرس خدماته لأطفال التوحد وأسرهم، وفي عام 1983 أعلن عن إنشاء مؤسسة إيدن لتمويل المشروع عن طريق التبرعات والاستثمارات المحلية.

ويهدف هذا البرنامج إلى تدريب الطفل ودعم نمو قدراته الجسمية والتعليمية إلى أقصى حد ممكن بحيث يحقق أكبر قدر من الاستقلالية والاعتماد على النفس في حياته والتمتع بحقوقه المدنية والاجتماعية.

10/ برنامج صن رايز Son Rise Program

طور هذا البرنامج من قبل باري كافمان وسمرية كافمان Somahria and Kaufman 1970" وهما والدا طفل مضطرب توحد ثم تشخيصه أيضاً بأنه يعاني من إعاقة عقلية شديدة، وأخبرهم الأطباء بأن حالة ابنهم ميؤوس منها، وبعد ملاحظة ومراقبة سلوك إبنهم ساعات عديدة قاموا بتعليم الطفل لمدة 12 ساعة يومياً على مدار الأسبوع طول السنة، وأظهرت النتائج تقدم وتحسن ملحوظ على الطفل وأخذ يتكلم بطلاقة، ويركز البرنامج على تدريب الأسر، ومن ثم تقوم الأسرة بتدريب طفلها بشكل فردي ولمدة عدة سنوات وتقوم فلسفة هذا البرنامج على تقليد حركات الطفل والدخول إلى عالمه الخاص مما ينمي لديه الشعور بالحب والطمأنينة ويدعم ثقته بنفسه ويشعر بمساندة أسرته.

11/ برنامج خبرات التعليم

Learning Experience an Alternative Program for Preschoolers and their parents (LEAP) 1982

يتم تقديم هذا البرنامج لمضطربي التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة Preschool وهو يشبه برنامج "لوفاز" باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردي مثل برنامج لوفاز.

وهو برنامج يهدف لتدريب الآباء على المهارات السلوكية، ويطبق على الأطفال الذين تم تشخيصهم بأي من الاضطرابات النمائية المماثلة، ويكون معدل ذكاؤهم 61 درجة كما ويقبل البرنامج الأطفال الأسوياء (الطبيعيين) Normal ممن تتراوح أعمارهم ما بين (64-

30) شهراً، وهومن أوائل البرامج التي دمجت مضطربي التوحد مع الأطفال العاديين لتعليم المهارات الاجتماعية، وينفذ البرنامج مجموعة من المعلمين المؤهلين والمتخصصين والذين يحملون درجة الماجستير في التربية الخاصة، ويتراوح عدد الأطفال في الفصل الواحد بين ستة أطفال من ذوي الاضطرابات النمائية، وثمانية أطفال طبيعيين، وثلاثة من المعلمين ومساعد واحد، ويشمل البرنامج على منهج رياض الأطفال وهو يشمل المجالات الإدراكية والحركية والاجتماعية واللغوية والانتباه والاعتماد على النفس والسلوك وغيرها، ويتلقى الأطفال مضطربي التوحد المنهج من خلال التعليم الفردي.

ويحتوي البرنامج على ثلاث عناصر أساسية هي:

أ/ **رياض الأطفال:** حيث يدمج الأطفال الذين يعانون من أي الاضطرابات النمائية المماثلة مع الأطفال الطبيعيين لمدة ثلاث ساعات يومياً لمدة خمسة أيام أسبوعياً طوال السنة.

ب/ **تعديل السلوك:** يتم تدريب أفراد الأسرة على فنيات تعديل السلوك.

ج/ **نشر الوعي وبرامج تدريبية خارجية:** تتم من خلال التدريب على المخطط التربوية الفردية، وإدارة السلوك، وتعليم المهارات الاجتماعية وغيرها.

12/ برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور

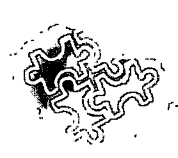
Picture Exchange Communication System (PECS) (Bondy Frost 1994)

ويعد هذا البرنامج من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً والذي أعده بوندى فروست لمضطربي التوحد الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه المدرس أو الوالد الذي يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التي تتضمن ما يريد أن يفعل. فهو برنامج يستخدم الصور كبديل عن الكلام إذ يعاني حوالي 50 ٪ من التوحديين من غياب اللغة التام.

كما ويقوم البرنامج على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، حيث يتعلم الأطفال مضطربي التوحد التواصل مع الآخرين من خلال الصور وهذا بذلك يعتبر إحدى أنظمة التواصل البديل التعويضي Augmentative and Alternative Communication

لهؤلاء الذين لديهم قصور لغوي أو ممن يستخدمون اللغة بشكل غير وظيفي، وقد أشار "بوندى" و"فروست" 2002 إنه ليس من الضروري:

أ/ تعليم الطفل مهارات التقليد أو الكلمات قبل البدء بالتدريب.



ب/ أن يكون لدى الطفل قدرة على التواصل البصري باستمرار.

ج/ تعليم الطفل الجلوس على الكرسي بهدوء قبل البدء بالتدريب.

د/ تعليم الطفل مطابقة الصور مع المجسمات قبل البدء بالتدريب.

هـ/ كما لا يوجد حد أدنى لمستوى تطور الأطفال قبل البدء بالتدريب.

ويتم التحضير للبدء بتطبيق البرنامج من خلال:

تحديد الأشياء التي يفضلها الطفل من أطعمة، ومشروبات، وألعاب، وأنشطة، وغيرها والأشياء التي لا يفضلها الطفل، ومن ثم يتم تقويم المعززات وترتيبها حسب قوة المعزز للطفل إضافة إلى تحديد الرموز أو الصور أو الرسومات التي تستخدم مع الطفل.

ويتم التدريب على البرنامج طول اليوم من خلال الأنشطة اليومية، ويعمم التدريب في المواقف الطبيعية ويتكون البرنامج من ست مراحل أساسية، ومرحلة إضافية كما يلي:

- **المرحلة الأولى:** كيف تتواصل How to Communication وأحياناً تسمى هذه المرحلة بمرحلة التبادل بالمساعدة الجسدية Physical Exchange والهدف من هذه المرحلة هو إنه عند رؤية شيء محبب لدى الطفل يضع يده على صورة هذا الشيء ويضعها في يد شريك التواصل Communication Partner.

ويشترط في هذه المرحلة وجود مدربين اثنين، أحدهما يجلس أمام الطفل (شريك التواصل) والآخر يجلس جنب أو خلف الطفل (الملقن الجسدي).

- **المرحلة الثانية:** توسيع مفهوم التلقائية Expanding Spontaneity أو المسافة الاستمرارية Distance and persistence الهدف من هذه المرحلة هو أن يذهب الطفل إلى كتاب التواصل ويأخذ الصورة ويذهب بها إلى شريك التواصل ويعطيه الصورة في يده، وبذلك يكون الطفل قد تعلم كيف يلفت انتباه الآخرين، ويتم في هذه المرحلة زيادة المسافة تدريجياً بين الطفل وشريك التواصل، وبين الطفل وكتاب التواصل، وتقييم أشكال التلقين المستخدمة والبدء بإخفائها، وزيادة عدد الأشياء التي يطلبها الطفل.

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة التمييز Picture Discrimination الهدف منها هو أن يطلب الطفل ما يريده بالذهاب إلى كتاب التواصل واختيار صورة ذلك الشيء الذي يريده من بين عدة صور، ويذهب بها إلى شريك التواصل ويضعها في يده ويتم التدريب في هذه المرحلة على التمييز بين الشيء المفضل والشيء غير المفضل، والتدريب بين

شيئين مفضلين، ثم ثلاثة، وهكذا.

وفي البداية توضع الصور على كتاب التواصل من الخارج، ولاحقاً يتم تدريب الطفل على اختيار الصورة المفضل من داخل الكتاب. ويستخدم المدرب استراتيجية تصحيح الخطأ عند قيام الطفل باختيار الصورة الخطأ.

- **المرحلة الرابعة**: تكوين الجملة Sentence Structure

الهدف من هذه المرحلة هو أن يقوم الطفل بطلب الأشياء الموجودة وغير الموجودة أمامه من خلال استخدام جملة مكونة من عدة كلمات بالذهاب إلى كتاب التواصل، والتقاط الرمز "أنا أريد" ووضعه على شريط الجملة، ثم التقاط صورة أو رمز الشيء الذي يريده ووضعه على شريط الجملة، ثم انتزاع شريط الجملة من كتاب التواصل والذهاب إلى شريك التواصل ووضعه في يد المدرب، ويتعلم الطفل في هذه المرحلة وظائف التواصل كالطلب والتعليق، وأشياء الجمل من خلال استخدام الرموز "أنا أريد"، "أنا أسمع"، "أنا أرى" ويستمر العمل على ما يسمى فحص التطابق واستخدام مما يسمى بالتسلسل العكسي Backward Chaining لتعليم الطفل وتركيب الجملة.

- **المرحلة الخامسة**: الاستجابة للطلب Responding to Request الهدف من هذه المرحلة هو أن يقوم الطفل بطلب أشياء معتمدة بشكل تلقائي والإجابة على سؤال ماذا تريد؟

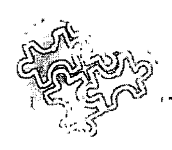
ويتم التدريب في هذه المرحلة من خلال خطوتين:

الأولى: عدم وجود فاصل زمني بين السؤال (ماذا تريد؟) وبين تلقين المساعد بالتأشير أو المساعدة الجسدية Zero Second Delay.

الثانية: ترك فاصل زمني قصير بين طرح السؤال (ماذا تريد؟) وبين تلقين المساعدة بالتأشير أو المساعدة الجسدية لإتاحة الفرصة للطفل بالمبادرة بالإجابة على السؤال، وتدريجياً يتم زيادة الفاصل الزمني.

- **المرحلة السادسة**: التعليق Commenting الهدف من هذه المرحلة هو أن يجيب الطفل على أسئلة ماذا تريد؟، ماذا ترى؟، ماذا تسمع؟، ما هذا؟

وفي هذه المرحلة يكون الطفل قد تعلم على أسئلة الطلب، فيتم تعزيزه اجتماعياً عند الإجابة، ومن الأمثلة على ذلك أسئلة التعليق على أحداث بيئية مثل سماع صوت



سيارة أو أصوات حيوانات وغيرها.

- **المرحلة الإضافية:** المفاهيم Attributes الهدف من هذه المرحلة هو أن يطلب الطفل الأشياء الموجودة وغير الموجودة بالذهاب إلى كتاب التواصل والتقاط الرمز "أنا أريد" ووضعه على شريط الحملة، ثم التقاط صورة الشيء المفضل ووضعه تحت شريط الحملة، ثم التقاط الرمز الإضافي ووضعه على شريط الحملة والذهاب إلى شريك التواصل ووضع شريط الحملة بيده وقد تكون المفاهيم الإضافية ألوان أو أحجام أو كميات أو أشكال وغيرها.

13/ التدريب على التكامل السمعي (A.i.T) Auditory Integration Training 1967

ويقوم هذا البرنامج على تحسين قدرة الطفل مضطرب التوحد على السمع عن طريق وضع سماعات بالأذن يستمع من خلالها إلى الموسيقى ديجيتال بحيث تؤدي إلى الوصول بالعتبة الحسية السمعية إلى المستوى الطبيعي.

وطور هذه الطريقة "جاي بيرارد Guy Berard في فرنسا، وتقوم هذه النظرية أو الطريقة على افتراض أن الأشخاص المصابين بالتوحد يعانون من حساسية في السمع، إما زيادة مفرطة في الحساسية أو نقص في الحساسية السمعية وهو ما يسمى بصعوبة معالجة الإحساسات السمعية.

وتعمل هذه الطريقة على تحسين قدرة السمع لدى الأطفال من خلال تحديد حدة السمع لديهم عن طريق فحص السمع، ثم وضع تلك السماعات على الأذن بحيث يستمعون للموسيقى ويتم التحكم بفلترة الأصوات فإما نزيد من الحساسية أو نقللها حسب الحاجة، ويتطلب التدريب والعلاج عشرين جلسة لمدة (12-10) يومياً، ومدة كل جلسة (30) دقيقة مرتين في اليوم، وأشارت نتائج الدراسات بأن هذه الطريقة تحسن من مستوى الانتباه، والإثارة، واللغة، والمهارات الاجتماعية على الرغم من إن هناك معارضين ومؤيدين لها.

14/ جداول النشاط المصورة (Pictoria (Activity Schedule

وتمثل أحدث الاستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد وهي مجموعة من الألبومات المصورة للأنشطة اليومية التي يستطيع الطفل من خلالها تعلم المهام والمهارات الاستقلالية والاجتماعية في ضوء إجراءات منظمة ومخططة.

ويأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن مجموعة من الصور أو الكلمات التي تشير للطفل بالانغماس في سلسلة من الأنشطة بهدف التمكن من أداء المهام والأنشطة، ومن ثم

الحصول على المعززات Reinforcement على التوجيه أو التلقين من الوالد أو المعلم، وقد يكون الجدول مفصلاً، فيقسم المهمة إلى أجزاء مستقلة، وقد يكون بسيطاً حيث يشمل على صورة أو رمز لأداء المهمة كاملة.

وقد تم وضعها وتصميمها في الأساس كي تستخدم مع الأطفال التوحديين حتى يتم من خلالها تعليمهم السلوك الاستقلالي، الاختيار، والتفاعل الاجتماعي على أن يتم قبل البدء في استخدامها تعليمهم المهارات الأساسية التي يتطلبها استخدام هذه الجداول وبعد هذا الموضوع حديثاً على بيئتنا العربية إلى حد ما.

15/ **العلاج بالتكامل الحسي** Sensory Integration Therapy

ويقوم هذا المنهج على أساس إن الجهاز العصبي يربط جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم وأن أي خلل في تجانس هذه الأحاسيس قد يؤدي إلى أعراض توحدية وتكون مهمة العلاج تحليل هذه الأحاسيس والعمل على توازنها. وقد طورت هذه الطريقة العلاجية "جين أيرز" Jean Ayres 1972 وهي اختصاصية العلاج الوظيفي في جامعة كاليفولانيا في أمريكا.

أي إن الجهاز العصبي مسؤول عن ربط جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم، ولذلك فإن أي خلل يحدث في فترة الجهاز العصبي (الدماغ) على تنظيم وإعطاء معنى للمثيرات الحسية وإعطاء مخرجات لها ذات معنى في النهاية وإن أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل حواس الشم، والسمع، والبصر، واللمس، والتوازن، والذوق يؤدي إلى أعراض اضطراب التوحد.

وتعتمد طريقة العلاج بالتكامل الحسي على أربعة مبادئ وهي:

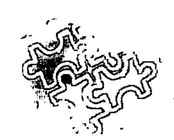
1) يجب أن يكون الطفل قادراً على النجاح لمواجهة الصعوبات الموجودة في أنشطة اللعب.

2) يجب على الطفل أن يكيف سلوكه من خلال استراتيجيات جديدة ومفيدة في الاستجابة للصعوبات الموجودة (تكيف الاستجابة).

3) رغبة الطفل المشاركة لأن الأنشطة ممتعة ومضحكة (مشاركة فعالة).

4) الأشياء المحببة للطفل تعزز الخبرات العلاجية خلال الجلسات.

ويشمل العلاج الحسي على الأنشطة الحركية لتفريغ الطاقة الزائدة والقصص الحسية وهي شبيهة بالقصص الاجتماعية والتي تتحدث عن المواقف الحسية التي تصعب



على الطفل، وهذه القصص تزود الطفل بالإرشادات المتعلقة بالسلوكيات المناسبة وكيفية الاستجابة لها.

وتصمم غرفة العلاج بالتكامل الحسي بهدف جعل الطفل يرغب في الركض في الغرفة واللعب فيها، ويعمل اختصاصي العلاجي الوظيفي مع الطفل واحداً لواحد، ويتم إنجاز النشاط المصحوب بالمدخلات الحسية مع الحركة ومن الأمثلة على الأنشطة (التأرجح في الفراغ، والرقص مع أصوات الموسيقى، وملء الصناديق بحبات الفاصوليا، والتآزر الحركي البصري، والدوران على الكرسي (التوازن والرؤية).

والعلاج الوظائف بصفة عامة يفيد في علاج حالات مضطربي التوحد لما له من دور كبير في تنمية القدرات الحركية والتواصلية والاجتماعية للطفل كما سنرى في الآتي:

أ/ تنمية القدرات الحركية والذهنية والاجتماعية.

1- تطوير المهارات الحركية الكبرى.

2- تطوير المهارات الحركية الصغرى.

3- تطوير مهارات التواصل في وقت مبكر.

4- تنمية جميع حواس الطفل.

5- تزويد الأفراد بالجبائر والأدوات المساعدة والمعدلة.

6- تطوير المهارات الذهنية والنفسية والاجتماعية.

7- تقوية العضلات المختلفة وزيادة القدرة على التحمل.

8- تنمية التآزر الحركي الحسي.

3) تنمية مهارات الحياة اليومية

1- التدريب على المهارات المتعلقة بالعناية بالذات مثل مهارات الأكل واللبس والعناية الشخصية ومهارات التنقل المختلفة مثل الحركة في السرير والتحكم بالكرسي المتحرك.

2- التوصية بالتعديلات المناسبة لبيئة المنزل والعمل والمدرسة.

3- التأهيل والتدريب على الأنشطة التعليمية والمهنية والترفيهية.

كما إنه يهدف إلى عدة أهداف منها:

■ منع العجز الناتج عن إعاقة.

■ مساعدة الأفراد لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الاستقلالية.

■ مساعدة الأفراد على الدمج في المجتمع.

15) **طريقة فاست فورورد** Fast Forward

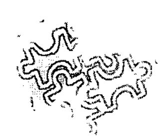
بناء على البحوث العلمية التي قامت بها بولا طلال صمم هذا البرنامج لتحسين المستوى اللغوي والانتباه والاستماع للطفل مضطرب التوحد وطورت هذه الطريقة من قبل ميشيل وباولا Michael Meyzenich and Paula Tallal وهي عبارة عن برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب، ويقدم البرنامج سلسلة من التمارين على شاشة الحاسوب مستخدماً أصوات كلامية تختلف في طولها، ويتعلم الطفل تمييز الأصوات، ويتألف البرنامج من (100) دقيقة في اليوم ولمدة خمسة أيام في الأسبوع لمدة (8-4) أسابيع، وهذا البرنامج مناسب للأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين (14-5) سنة، والذين حصلوا على درجات دون المستوى الطبيعي على واحد أو أكثر من (الاختبارات الرئيسية لتطور اللغة والوعي الصوتي والاستيعاب اللغوي، والذاكرة، والقراءة، والتهجية).

وتعتبر هذه الطريقة في علاج اللغة إيجابية في معالجة المعلومات في بعض حالات الأطفال الذين يعانون من خلل في تعلم اللغة، لاسيما عندما تدمج من خلال برنامج يشمل على علاج اللغة الوظيفية، وتقوم فكرة البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات المنبعثة من هذه الألعاب، ومن عيوب هذه الطريقة أنها مكلفة جداً مادياً.

16) **التواصل الميسر** Facilitated Communication

تقوم على أساس استخدام لوحة مفاتيح إذ يقوم الطفل باختيار الأحرف المناسبة لتكوين جمل تعبر عن عواطفه ومشاعره بمساعدة شخص آخر.

وهو شكل من أشكال التواصل البديل التعويضي وهو من الوسائل التعبيرية الفعالة لدى الأطفال مضطربي التوحد، ويتم تعليم التواصل بواسطة الطباعة على لوحة مفاتيح الكمبيوتر أو بالتأشير على الحروف، ويشتمل التواصل الميسر على الدعم النفسي والجسدي للأفراد الذين يعانون من صعوبات في الكلام والانتباه، وبدأت طريقة التواصل الميسر في أستراليا عام 1977 على يد "روزماري كروسلي" Rosemary Grossely وتعتمد طريقة التواصل الميسر على وجود شخص مساعد يساعد الطفل التوحدي بوضع اليد لمساعدته بالطباعة على الآلة الكاتبة ويساعد هذا الأسلوب التوحدي على استخدام



قدرته وامكاناته في التعبير عن مشاعره وأفكاره وانفعالاته.

17) **التدخل السلوكي** Behavior Therapy

تعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعدادهم للتعليم، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة أو يستخدم التواليت وتعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقي برامج أخرى، إذ تؤدي إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقي البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة، ويرى نيوسوم Newsom 1998 إن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال مضطربي التوحد في الوقت الراهن تعتمد على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تدريب الوالدين.

وقد سبقت أمريكا وأوروبا في تطبيق فكرة دمج الأطفال مضطربي التوحد مع أقرانهم العاديين بالمدارس، كما هو الحال بالنسبة للمتخلفين عقلياً، وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً ولكن يكون دمجاً جزئياً وخاصة في حصص النشاط ويرى زيجموند وبيكر Zigmond & Baker 1995 إن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة بهم، ويضيف ميسبوف وشيا Mesibov & Shea 1995 إن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل تحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها في هذا الصدد.

ويشير تشارلوب ومبيلستين "1989" إلى أن النمذجة Modeling استخدمت لتعليم الأطفال مضطربي التوحد مهارات المحادثة، كما توصلا إلى أن نموذج الفيديو يعتبر وسيلة ملائمة لتعليم المراهقين التوحديين مهارات المحادثة، مهارات الشراء والتعميم Centralization.

واستخدم كرانتز وماك كلانهان منهج الكتابة المتلاشية لتعليم الأطفال التوحديين بدء التفاعل مع الأقران من خلال تعليمهم الاستجابة على الألفاظ والحركات المكتوبة الخاصة بموقفين من مسرحية درامية هما: مطعم هامبورجر، محل حلاق، وكان المدرب يشجع الأطفال على أن يفعلوا أو يقولوا محتويات الكتابة مثل (أنا أريد هامبورجر) وتوصل الباحثان إلى أن التدريب على الأشياء المكتوبة عمل إلى نقصان الحاجة للتدعيم

وللتشجيع الزائد وأظهر الأطفال المتدربين استجابات اجتماعية مرتبطة بالموضوع.

وتقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الأطفال، وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتحقيق من حدة إعاقة المضطرب إلى عدة أسباب يشير إليها (رمضان القذافي) على النحو التالي:

1- إنه أسلوب علاجي مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقون وقتاً طويلاً.

2- إنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

3- إنه نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد، فإن هذا الأسلوب لا يعير اهتماماً للأسباب، وإنما يهيم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات العلماء حول أصل نشأتها.

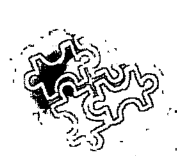
4- إنه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة ومكافأة السلوك الذي يهدف إلى تكوين وحدات استجابة صغيرة متتالية تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية.

5- إنه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط فعالية جميع متطلباته وتوفر الدقة في التطبيق.

18) العلاج النفسي Psycho Intervention

وتعتمد هذه الطريقة في العلاج على افتراض أساسي في صياغات ماهلر النظرية في إن النمو النفسي يضطرب ويتوقف في حالة مالم يعش الطفل حالة مشبعة من الحب والاهتمام في طفولته المبكرة، وهكذا يصبح أول شرط لعلاجه بناءً تدريجياً للاحتكاك مع المحيط وعلى نحو مشبع، مع توخي الحذر في دفعه للأمام كي يلتقط أول خيط يربطه بالعالم الخارجي، فالطفل التوحدي ينبغي أولاً أن تُخرجه من قوقعته التوحدية وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة تستثير اللذة ويتصف هذا الأسلوب من العلاج بأنه يقوم على تعليمات مباشرة وتدعيم منظم إلا أن هذا الأسلوب وحدة غالباً لا يعطى التنمية المطلوبة.

وقد اعتمد التدخل العلاجي والتربوي أساساً على وجهة النظر هذه والتي كانت سائدة حول أسباب Causes التوحد حيث كان يُعتقد سابقاً بأنه اضطراب انفعالي يساهم



الوالدين فيه مساهمة أساسية، وقد كان العلاج عن طريق التحليل النفسي Psycho Analysis هو الأسلوب السائد حتى السبعينات وإن أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إنشاء علاقة قوية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المُحبة أي علاقة لم تستطيع أم الطفل التوحدي أن تزوده بها وإن هذه العلاقة قد تأخذ سنوات حتى تتطور خلال عملية العلاج.

ويضمن العلاج النفسي مرحلتين:

- **المرحلة الأولى:** يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم Reinforcement وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع الفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.
- **المرحلة الثانية:** يركز فيها المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية ما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

ويؤكد هذا المدخل على ضرورة عزل الطفل من منزل أسرته وإدخاله إلى إحدى المصحات أو دور الرعاية ذات الإقامة الكاملة. ويقدم العلاج المناسب للطفل ثم يتم إعداده للعودة إلى أسرته بالتدريج بعد إحداث تغيير في البيئة المحيطة بالطفل.

19) **العلاج بالفن** Art Therapy

تُعد نومبيرغ Nomberg 1919 من الأوائل الذين اهتموا بالعلاج بالفنون وعلى غرار ذلك أسست أول مدرسة للأطفال لخدمة هذا الغرض وأطلقت عليها اسم مدرسة " والدن Walden " التي اهتمت فيها بتطوير أساليب تعليمه جديدة مبينة على الاهتمام بالنمو الانفعالي والإبداعي، وبنيت العلاقة بين التعبير الفني ومشكلات السلوك لدى الأطفال والمراهقين.

كما وتفيد طريقة العلاج بالفني في تطوير مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي لما له من دور أعمق في التعبير عن الأفكار والمشاعر ويخفض من شدة التوتر والألم.

ويساعد أيضاً على تنمية مهارات الإدراك البصري والانتباه والتركيز، وقام بعض البحاث بدراسة أثر الفن على أطفال مضطربي التوحد مثل لورناسيلف LornaSelf 1991 والتي أظهرت نتائج دراستها أن عدداً قليلاً من الأطفال أظهروا قدرات جيدة في مهارات الرسم من خلال ترجمة الخبرات البصرية.

20) **العلاج بالموسيقى** Music Therapy

تستخدم الموسيقى كإحدى العلاجات للأطفال مضطربي التوحد وكعلاج إضافي للعلاج النفسي والتأهيلي ويتم هذا النوع من العلاج تحت توجيه معالج متخصص، ومتدرب على هذا النوع ويوفر تنوعاً من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل هذه الخبرات فرصة للتواصل غير اللفظي، والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والاسترخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد.

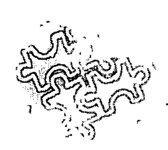
وفي العلاج بالموسيقى يخضع الطفل لجلسات من الموسيقى بشكل يومي مكثف وهناك مقطوعات موسيقية أعدت خصيصاً لهذا الغرض، يستمع إليها الطفل عبر سماعات ذات حساسية عالية، وقد ساهمت هذه الطريقة في علاج أطفال مصابين بالتوحد ومساعدتهم على التخلص من سلوكيات غير تكيفية، كما وأنه يساعد على تطوير مهارات تبادل الدور Turn Taking وبالتالي تطوير المهارات الاجتماعية، كما يعمل العلاج بالموسيقى على خفض النشاط الحركي الزائد وتهدئة الأطفال التوحديين.

كما يساهم في تطوير مهارات الطفل الانفعالية والإدراكية والتعليمية، وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية أسهل للفهم من الكلام لدى مضطرب التوحد وبالتالي توظيفها كوسيلة من وسائل الاتصال.

21) **العلاج البيئي** Environmental Therapy

يقوم هذا النوع من العلاج بالتركيز على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتعلم والتدريب على عقد وإقامة علاقات شخصية متبادلة مع الوسط الاجتماعي المحيط بالطفل، بهدف تنمية مهارات التواصل الناجح لديه، وذلك عن طريق خلق التعاون والمشاركة، ولا يمكن تحقيق كل تلك الأهداف إلا بوضعه في مشفى يضمن نجاح تلك الأهداف من هذا النوع من العلاج حيث يخلق تعاوناً بين الموجودين به من مهنيين وغير مهنيين لإنجاح العملية العلاجية.

ويشدد كلاً من علماء النفس أمثال (ديمار، روتر، سكوبلر) على أن التعليم الموجه هو العلاج المختار للأطفال الذين يعانون من التوحد، وتعتبر طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية، والتدبير السلوكي من أهم استراتيجيات المعالجة المستعملة مع هؤلاء الأطفال، وقد دفعت هذه المقارنات العلاجية العلماء لمزيد من الاهتمام وبحث إمكانية تدريب وتعليم هؤلاء الأطفال وما إذا كانوا قابلين للتعلم وشدد الاتجاه التقليدي على أن البيئة التعليمية Educational Environment المناسبة مهمة جداً لأنها تجعل الطفل قابلاً للتعليم.



22) العلاج الطبي: Medical Intervention

أ/ العلاج الدوائي Chemical Treatment

تستخدم العقاقير الطبية في المساعدة على علاج "أعراض" اضطراب التوحد كالسلوكيات النمطية (التكرارية) والعدوانية، وتشتت الانتباه، وفرط الحركة، ونوبات الغضب، وإيذاء الذات.

وتشير فضيلة الراوي وأيمن البلة "1999" إنه بسبب عدم فهم طبيعة الأسباب الباثوفسيولوجية لإعاقة التوحد، فلا يوجد أدوية Drugs أو علاجاً لشفاء هذه الإعاقة فقط يمكن أن تعطى بعض الأدوية للأعراض المصاحبة للتوحد في حالة وجود مشكلات سلوكية شديدة والتي لا تستجيب لعلاج تعديل السلوك Behavior Modification أو البرامج التعليمية Educational Programs الموجهة، وقد تعطى الأدوية كذلك إذا وجدت أعراض Symptoms مصاحبة مثل الكآبة، كما توجد أيضاً دلائل تشير إلى مساعدة استعمال الأدوية لبرامج تعديل السلوك واستجابة الطفل لها.

ولابد من إجراء فحوصات طبية ولا تعطى الأدوية إلا وفقاً لذلك والالتزام الدقيق بالجرعات الموصوفة بالرغم عدم الجزم التام بجدوى تلك العقاقير في شفاء التوحد ولكن هناك فقط ما يخفف من حدة بعض (الأعراض) أو يساند أو يسهل عملية التعلم.

ويحدد نلسون Nelson 1991 أهداف البرامج العلاجية لعلاج المصابين بالاضطراب التوحدي في التغلب على الخلل البيولوجي، وذلك باستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم.

ويحدد نيلسون Nelson 1991 أهداف البرامج العلاجية لتخفيف حدة أعراض إضطراب التوحد في التغلب على الخلل البيولوجي ، وذلك بإستخدام العلاج الدوائي وخلق بيئة قادرة على تعزيز النمو السوي وعملية التعلم .

ويرى كامبل Kampel 1991 إن العلاج الكيميائي أكثر فاعلية من تخفيف أعراض التوحد، ويشتمل على أدوية، فيتامينات، مضادات خمائر، ومن العقاقير التي تم استخدامها Antidopaminergic; Haloperidol في اختزال السلوكيات النمطية، وتحسين القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها، أما عقار Fenfluramine فيختزل معدل السيرتونين في الدم، ويستخدم عقار Amphetamines في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه، Phonothiozines لخفض القلق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس، عقار Ritalin لخفض

النشاط الزائد، أيضاً عقار (Trexan) (Eskalith) Nadohal Naltroxone Lithium يخفض من حدة السلوك العدواني وإيذاء الذات، Tofrenil يستخدم كمهدئ للخلايا المستقبلة في المخ.

كما وتستخدم مجموعة من الفيتامينات مثل B12, B6/ Magnesium مع حالات التوحد بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جداً وفاعلية إلى حد ما في تحسين الحالات كما إنه يحسن من السلوك والتواصل البصري والانتباه ومهارات التعلم وعلى الرغم من عدم وجود آثار جانبية لتعاطي فيتامين (B6) إلا أنه يوجد دلائل على وجود أضرار جانبية من الأدوية الأخرى التي تُعطى مع فيتامين (B6) مثل المغنيسيوم أوأدوية الصرع وغيرها ، لذلك ينصح بتناولها تحت إشراف الطبيب المختص.

ويشير محمد قاسم (2001) إلى أن مضادات الدوبامين DA-blockers مثل المقلدات العصبية Neuroleptic أو المهدئات الكبرى Major Tranquilizers قد ثبت فعاليتها في معالجة مظاهر اضطراب التوحد، وفي الواقع فإن بعض الأعراض الرئيسية لاضطراب التوحد مثل الطقوسية أو النمطية (التكرارية) والنشاط الزائد قد تم تحرفها وإحداثها عند الحيوانات بعد إعطاؤها كمية زائدة من الدوبامين مما أدى للافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية قد تكون مرتفعة النشاط Overactive عند مضطربي التوحد.

والجدير بالذكر إنه لم يثبت إن استخدام العلاج الدوائي لمضطربي التوحد قد حقق نجاحاً في القضاء على الاضطراب، فبعض العلاجات الدوائية تحمل خطر تدمير الجهاز العصبي، وأعضاء داخلية أخرى مثل الكبد، والجهاز العصبي لدى الأشخاص مضطربي التوحد يكون شديد الحساسية، وبعض هؤلاء الأشخاص قد يتطلب علاج دوائي بجرعة أقل من الشخص ذو الجهاز العصبي السليم (الطبيعي) وهناك تفاوت بين الأفراد

والمبدأ الرئيسي هو موازنة الفوائد مع الأخطار، واستعمال تقييم حيادي مع جميع أنواع العلاج الدوائي التي تستعمل ما أجل تحسين سلوك الطفل.

ولا يفوتنا هنا الحديث عن جدوى العلاج بهرمون السكرتين Secretin Hormone Therapy وهذا الهرمون يفرزه الكبد والبنكرياس والأمعاء، ويساعد على هضم الطعام وتمثيله وخاصة البروتينات، ويوجد السكرتين في الدماغ، وتعتبر فكتوريا بيك 1998 Vactoria Beck أول من استخدمت السكرتين في العلاج حيث كان لها طفل مضطرب توحدي، وكان يعاني مشكلة إسهال مزمن، فبدأ بإجراء اختبارات تكشف عن مشكلات

المعدة والأمعاء، واستخدم السكرتين لفحص أداء البنكرياس لدى طفلها ولاحظت عليه تحسناً كبيراً في سلوكه حيث أصبح أكثر هدوءاً كما تحسن لديه النطق ومحاولة الكلام.

ويعتبر العثور على الدواء المناسب والجرعة المناسبة من الأمور الصعبة التي تواجه الأطباء عند كتابة الوصفة الطبية، وذلك لعدة أسباب أهمها:

1- يعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات غير المتجانسة، بمعنى إنه لا توجد اختلافات بيولوجية واحدة تظهر على جميع حالاته.

2- يظهر بعض مضطربي التوحد ردوداً عكسية لبعض الأدوية المستخدمة فعلى سبيل المثال فقد يُعطى الدواء لتسهيل النوم، ولكنه بالمقابل يتسبب في نشاط حركي مفرط له.

3- ظهور أعراض جانبية لبعض الأدوية.

4- بعض الأدوية تكون مناسبة للطفل في عمر معين وتصبح غير مناسبة وغير فعالة في عمر آخر.

ب/ العلاج بالصدمات الكهربائية (Electric Shock therapy (EST

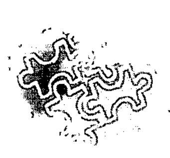
يفيد العلاج بالصدمات الكهربائية أحياناً بشرط أن يكون مركزاً ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربع أو خمس أسابيع ويذكر أوجرمان "OGorman" 1970 إنه استخدم هذا النوع من العلاج في "الأطوار الأكثر حدة" لدى المراهقين.

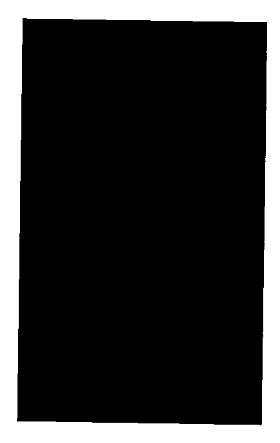
ج/ العلاج بالحمية الغذائية Diet Therapy

يعتقد بعض المعالجين إنه قد تكون أعراض التوحد ناتجة عن تحليل غير سليم لمادتي الجلوتين Gluten والكازين Casein لدى مضطربي التوحد، والجلوتين هو بروتين موجود في القمح والشوفان والشعير، أما الكازين فهو بروتين موجود في الحليب ومشتقاته، ويعتقد إن مضطربي التوحد يقوم جهازهم الهضمي بهضم هذه البروتينات بشكل طبيعي في عملية الاستقلاب وعليه تكون هذه البروتينات مُضرة لهم، وتدخل هذه البروتينات مجرى الدم عن طريق الأمعاء الدقيقة، ثم تدخل إلى الدماغ فتحدث تأثيراً عند انتقال المعلومات من وإلى الدماغ وينتج عنه نقصاً في الإحساس بالألم وزيادة في سلوك إيذاء الذات.

ويؤكد بعض الآباء الذين جربوا هذا النظام إلى نجاح جيد بعد إخضاع أولادهم

التوحديين لنظام غذائي خالي من الجلوتين والكازين في تخفيف بعض مظاهر الاضطراب، ويمكن عمل تحليل بولي للتأكد من نسبة "البيتايد" The Beatide إذا كانت عالية، ويوضح هذا التحليل ما إذا كانت هناك حاجة لتجربة إخضاع الطفل مضطرب التوحد للنظام الغذائي الخالي من عنصري الجلوتين والكازين، ويعتبر العلاج بالحمية الغذائية إحدى النظريات التي تفسر اضطراب التوحد فهي مرتبطة بنظريات أخرى ذات علاقة، خاصة ما يحدث من اضطرابات داخل المعدة والدماغ لدى الطفل التوحدي ومن هذه النظريات "نظرية زيادة الأفيون المخدر" لدى الأطفال Excessopioid، ونظرية تسريب الأمعاء Intestinal Permeability، ونظرية الكبرتة Free Sulfate.





قائمة المراجع

المراجع

أولا: المراجع العربية:

1- إبراهيم الزريقات (2004): التوحد (الخصاص والعلاج)، عمان، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر.

2- إبراهيم بدر (2004): الطفل التوحدي (تشخيص وعلاج)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

3- أحمد السيد سليمان (2008): فاعلية استخدام بعض فنيات تعديل السلوك في تنمية مهارات التواصل النفس حركي لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة بنها.

4- أحمد جار الله، طلعت الوزنة؛ صالح الأنصاري، ومحسن الحازمي، (2006): التوحد واضطرابات النمو المماثلة لدى الأطفال التوحديين. جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

5- أشواق محمد يس (2007): تصميم برنامج لتنمية بعض المهارات الحسية والحياتية للأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي (الذاتوي)، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

6- آمال عبد السميع مليجى باظة (2001): تشخيص غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة). ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

7- أميرة بخش (2002): فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال التوحديين. مجلة العلوم التربوية، العدد الأول، ص 129- ص157.

8- أيمن البلشة (2008): فاعلية برنامج قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية والسلوكية لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

9- إيهاب محمد خليل (2001): المكونات العاملية لمقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة دراسة ارتقائه من سن 2 إلى 23 عاماً، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

10- إبراهيم مدكور (1975): معجم العلوم الاجتماعية، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

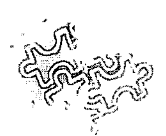
11- أحمد ذكي بدوي (1982): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت.

12- أحمد عكاشة (1992): الطب النفسي المعاصر (ط8)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

13- أرنوف ويتج (1971): "مقدمة في علم النفس" ترجمة عادل الأشول، محمد عبد الغفار"، القاهرة، دار ماكجرو هيل للنشر.

14- إسماعيل محمد بدر (1997): مدى فعالية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 12/4-2، المجلد الثاني ص 756-727.

15- إلهامي عبد العزيز (1999): الذاتوية لدى الأطفال، مراجعة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس، اللجنة العلمية الدائمة للترقيات بالمجلس الأعلى للجامعات.



16- بول موسن، جون كونجر وجيروم كاجان (1993): أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة عبد العزيز سلامة ط2، الكويت، مكتبة الفلاح.

17- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1995): معجم على النفس والطب النفسي. الجزء السابع، القاهرة: دار النهضة العربية.

18- جمال أبو دلهوم (2007): فاعلية استخدام التواصل بتبادل الصور في تنمية مهارات التواصل عند الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

19- جمال الخطيب (1993): تعديل سلوك الأطفال المعوقين. (ط2). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

20- جميل الصمادي (2007): التوحد، تحرير، الخطيب، جمال وآخرون في: مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. (ط1): دار الفكر، عمان، الأردن.

21- جيهان حسين سليمان (2005): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل لدى الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة قناة السويس.

22- حسنى إحسان حلواني (1996): المؤشران التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، السعودية.

23- حسن مصطفى عبد المعطي (2001): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأساليب – التشخيص – العلاج) موسوعة علم النفس العيادي (4)، دار القاهرة للنشر.

24- خالد عبد الله (2005): فاعلية الصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

25- دومنيك تومى مارتان (1993): رعاية الأطفال الذهانيين، ورشة عمل الأوتيزم، القاهرة، مركز سيتي، ديسمبر، ص 118-108.

26- رائد الشيخ ذيب (2004): تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

27- رامي العماوي (2007): فاعلية التعليم المنظم في برنامج تيتش TEACCH لتنمية مهارات التواصل للمراهقين الذين يعانون من التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

28- رانيا كمال الدين القاضي (2008): أثر استخدام فنيات اللعب الدرامي على تنمية اللغة والتواصل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال الذاتويين (الأوتيزم) مرتفعي الأداء، رسالة ماجستير، قسم النفس، كلية الآداب، جامعة بنها.

29- رشاد على عبد العزيز موسى (2002): علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 387-416.

30- رمضان محمد القذافي (1994): سيكولوجية الإعاقة. الجامعة المفتوحة، ليبيا: مطبعة الانتصار.

31- ريتا جوردن، ستيورات بيول (2007): الأطفال التوحديين، جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس. ط1، (ترجمة رفعت محمود)، القاهرة: عالم الكتب.

32- ريتشارد. م سوين (1979): علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، القاهرة، دار النهضة العربية.

33- زينب محمود محمد شقير (1999): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

34- زينب محمود شقير (2005 – أ): خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل)، المجلد الثالث ط2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

35- زينب محمود شقير (2005 – ب): علموا أبنائكم المعاقون عقلياً وتربوياً (التخلف العقلي – صعوبات التعلم – التأخر الدراسي – التوحد)، المجلد السادس، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

36- سايمون كوهين، وباتريكن بولتون (2000): حقائق عن التوحد، ترجمة: عبد الله إبراهيم الحمدان، (ط1)، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.

37- سهام الخفش (2005): الخصائص والمشكلات السلوكية التي يظهرها الأفراد التوحديون في الأردن وأساليب التعامل معها من قبل المعلمين والآباء. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

38- سهير محمود أمين عبد الله (2002): فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد. مجلة كلية التربية، جامعة حلوان، العدد (4)، مجلد 8 – أكتوبر.

39- سوسن شاكر الجلبي (2005): التوحد الطفولي "أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه"، ط1، دمشق، سوريا، مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع.

40- سيد الجارحي السيد (2004): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة، رسالة ماجستير، في التربية تخصص صحة نفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس.

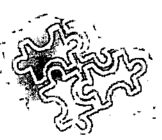
41- سميرة عبد اللطيف السعد (1992): معاناتي والتوحد، الكويت، ذات السلاسل.

42- سميرة عبد اللطيف السعد (1998): برنامج متكامل لخدمات إعاقة التوحد في الوطن العربي، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين بالقاهرة، ديسمبر، ص 240-185.

43- سهام علي عبد الغفار (1999): فعالية برنامج أرشادي للأسرة وبرنامج التدريب على المهارات، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا (كفر الشيخ).

44- سهى أحمد أمين (2001): مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

45- شاكر عطية قنديل (2000): إعاقة التوحد: طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة ص 100-45.



46- طلعت الوزنة (2004): التوحد بين التشخيص والعلاج. وزارة الشؤون الاجتماعية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

47- عادل عبد الله (2001): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال (في) عادل عبد الله، الأطفال التوحديون، دراسات شخصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد، ص 352-337.

48- عادل عبد الله (2001): فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال التوحديين، (في) عادل عبد الله، الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة دار الرشاد، ص 296-281.

49- عادل عبد الله (2003): مقياس الطفل التوحدي، دار الرشاد، القاهرة.

50- عبد الرحمن سيد سليمان (2004): اضطراب التوحد، ط3، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

51- عبد العزيز السيد الشخص، عبد الغفار الدماطى (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، ص 53-52.

52- عثمان لبيب فراج (1996): إعاقة التوحد تابع مشكلة التشخيص والكشف المبكر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد (46)، السنة الثالثة عشر.

53- عثمان لبيب فراج (2003): المقياس النفسي تربوي المعدل. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية العدد (75)، السنة التاسعة عشر – سبتمبر.

54- عزة الغامدي (2003): العلاج السلوكي لمظاهر العجز في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الرياض، السعودية.

55- عمر بن الخطاب خليل (1991): التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد 3، القاهرة: دار النهضة العربية.

56- عادل عبد الله محمد (2002 – أ): الأطفال التوحديين، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة، دار الرشاد.

57- عادل عز الدين الأشول (1987): موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

58- عبد الرحمن سيد سليمان (2002): إعاقة التوحد ط 2، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

59- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (1999): الطفل التوحدي (القياس والتشخيص الفارق)، المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 11/12-10 ص 245-227.

60- عبد المنان ملا معمور (1997): فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيض حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 12/4-2 المجلد الأول ص 460-437.

61- عبد المنعم الحنفي (1978): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة مكتبة مدبولي.

62- عثمان لبيب فراج (1994): إعاقة التوحد أو الاجترار (1)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (40)، ص 8-2.

63- عثمان لبيب فراج (1995): إعاقة التوحد أو الاجترار (2)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (41)، ص 8-2.

64- عثمان لبيب فراج (1996): إعاقة التوحد أو الاجترار (6)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (45)، ص 18-2.

65- عثمان لبيب فراج (1996): إعاقة التوحد أو الاجترار (7)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (46)، ص 16-2.

66- عثمان لبيب فراج (2002): برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (5)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (72)، ص13-2.

67- عثمان لبيب فراج (2002): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة المجلس العربي للطفولة والتنمية.

68- عثمان لبيب فراج (2003): العوامل المسببة لإعاقة التوحد (1)، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد (73)، ص 21-2.

69- علاء الدين كفافي (2001): تشخيص الاضطراب الاجتراري، القاهرة، مجلة علم النفس، العدد (59)، ص 15-6.

70- عمر بن الخطاب خليل (2001): الأساليب الفعالة في علاج التوحد، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد (9)، مايو، ص 72-17.

71- فضيلة توفيق الراوي، آمال صالح حماد (1999): التوحد. الإعاقة الغامضة، الدوحة، قطر.

72- فتحي السيد عبد الرحيم (1990): سيكولوجية الأطفال غير العاديين استراتيجيات التربية الخاصة، الجزء الثاني، الطبعة الرابعة الكويت، دار القلم.

73- فرنسيس ماكيدا (1993): الأوتيستيك، ثقافته ولغته، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص 85-79.

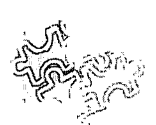
74- فضيلة الراوي وأيمن البلثة (1999): التوحد، مجلة الحياة، قطر، العدد (13).

75- لطفي زكريا الشربيني (2000): أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة، أمل جديد لعلاج حالات الأوتيزم "أطفال التوحد". مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد (62)، القاهرة، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.

76- لمياء عبد الحميد بيومي (2008): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، كلية التربية بالعريش، جامعة قناة السويس.

77- لورنا وينج (1994): الأطفال التوحديين "مرشد للآباء (ترجمة هناء مسلم) الكويت: الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.

78- لينا صديق (2005): فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.



79- لطفي الشربيني (2000): أساليب جديدة لعلاج حالات التوحد، القاهرة، مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد (62).

80- لويس كامل مليكة (1998): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية القاهرة، مكتبة النهضة العربية.

81- ماجد السيد عماره (2005): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

82- محمد أحمد الفوزان (2000): التوحد: المفهوم والتعليم والتدريب، دار عالم الكتب للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، الرياض.

83- محمد أحمد خطاب (2004): فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

84- محمد أحمد خطاب (2005): سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها – تصنيفها – أعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي، ط1، عمان: دار الثقافة.

85- محمد الحسينى عبد الفتاح (2007): فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المصابين بالذاتوية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة بنها.

86- محمد حسيب الدفراوى (1993): الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر. ورشة عمل عن الأوتيزم، ديسمبر، مركز سيتي.

87- محمد موسى (2007): اضطراب التوحد. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

88- محمد أنور عشيش (1993): الذهان عند الطفل ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتي، القاهرة، ديسمبر، ص 52-40.

89- محمد حسيب الدفراوي (1993): الخدمات المختلفة التي تقدم للطفل التوحدي في مصر، ورشة عمل عن الأوتيزم، مركز سيتي، ديسمبر، ص 107-102.

90- محمد شعلان (1979): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني القاهرة، الجهاز المركزي، للكتب الجامعية.

91- محمد صبري وهبة (2004): الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة، 3/25-24، المجلد الثاني، ص 1051-1043.

92- محمد علي كامل (1998): من هم ذوي الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

93- محمود عبد الرحمن حمودة (1991): الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، القاهرة، المطبعة الفنية الحديثة.

94- نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود (2002): فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

95- نادية إبراهيم أبو السعود (1997): الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

96- نادية إبراهيم أبو السعود (2002): فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

97- نهلة غندور (2000): كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدي الرياض، مجلة عالم الإعاقة، السنة الثالثة، العدد (17).

98- هالة فؤاد كمال الدين (1991): التمركز حول الذات لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

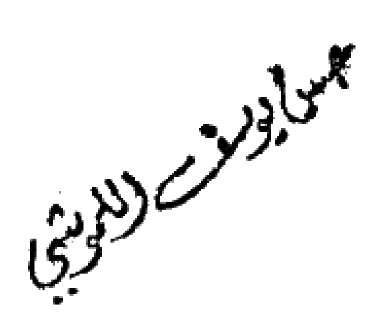
99- هالة فراد كمال الدين (2001): تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

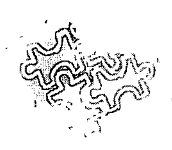
100- وائل أحمد علام (2002): القدرات المعرفية وسمات الشخصية لدى المعاقين ذهنياً من المصابين بحالة كروموسوم X الهش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

101- وفاء الشامي (2004): سمات التوحد، الطبعة الأولى، مركز جدة للتوحد.

102- يسريه صادق وآخرون (2003): موسوعة تنمية الطفل ومشكلاته – الأسباب وطرق العلاج. القاهرة: دار قباء.

103- ياسر بن محمود الفهد (2000): استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازين لمساعدة أطفال التوحد، الرياض، مجلة عالم الإعاقة السنة الثالثة، العدد (15).





ثانيا: المراجع الأجنبية:

- Alpem, G. D. (1967): Measurement of 'untestable' autistic Children, Joumal of Abnormal Psychology, 72, pp. 478486-.
- Ammemaire, Haussler & Bethkurtz – costs (1999): Autism Society Onatrio: (W.D) The Importance of Early Diagnosis in Autism, Willowdale, Ontario.
- Anderson. E. Aimee (2001): Augmentative Communication and autism: A comparison of Sign Language and the Picture Exchange Communication System. Dissertation, University of California, San Diego.
- Aarons, M & Gittens, T. (1992): The handbook of autism: A guide for parents and professionals. Lorna Wing, British Library, London, PP. 5962->
- Allen, M. H.; Lincoln, A.J.; Kaufman, A.S. (1991): Sequential and simultaneous processing abilities of high functioning autistic and language, Journal of Autism Developmental Disorder, vol. (21), No (4), PP. 483502-.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical manual of mental disorder. 4th ed., DSM-IV, Washington, D.C, Auther.
-
- Bender, L. (1947): Childhood Schizophrenia: Clinical study of one hundred schizophrenic children. American Journal of Orthopsychiatry, 17, 4056-.
- Bernard & R. (1995): Vitamin B6 and magnesium in the Treatment of Autism. Autism Research Institutes, San Diego.
- Bernard-Opitz V., Siow I., Tan-Yew K., (2004): Comparison of behavioral and natural play interventions for young children with autism. The international journal of research and practice. Vol. 8(3), PP., 319333->
- Biklen, D. (2002): Communication unbound: Autism and proxis, Harvard Educational Review, Vol. (60), PP. 1020-.
- Biklen, D & Schubert, A. (1991): New Words: the communication of students with autism. Remidial and Special Education. Vol. 12, No. 6.
- Bogdashina, O. (2006): Theory of mind and the triad of perspectives on autism and Asperger syndrome. London and Philadelphia: Jessica Kingsely Publisher.
- Boucher, J. (2003): Language Development in Autism. International Journal of Pediatric Otorhinolaryn-gology, 67 Supp 1: PP. 159 – 163.
- Boucher, J. (1992): Unfamiliar face recognition in relatively able autistic children, Journal of child psychology and psychiatry and Allied disciplines, Vol. 33, No. 5,

pp. 843859-. Jul.

- Bruckner. C.T. & Younder. P. (2007): Restricted object use in young children with autism: Definition and construct validity. Autism: The International Journal of Research & Practice. 11. pp. 161171-.

- Burger. P.. and Schorsch. E. (1969) Remarks concerning the concept of autism. Nervenarzt. 40(10). 454459-.

- Bailey. A.. : Bolton. P.; Butler. L.; Murphy. M.: (1993): Prevalence of the fragile anomaly amongst autistic twins and singletons. Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol (34). No (5). PP. 673688-.

- Bailey. A.; Phelips. W.; Rutter. M. (1996): Autism: Towards and integration of clinical genetic and purr biological perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry. vol (37). PP. 89126-.

- Bauer. S. (1995): Autism and pervasive developmental disorder. pediatrics in Review. 16. PP. 130136-. 168176-.

- Benntto. L.; Rogers. S. (1996): Autism spectrum disorders in Jacobson. J.L & Jacobson. A.M. (Eds) psychiatric secrets. New York Hanley and Belfus. Inc.

- Bishop. D.U.M. (1989): Autism. Aspergers syndrome and semantic programmatic disorders. Journal of disorders of communication. vol. (14). PP. 107121-.

- Charlop. Marjorie (1992): Too much reinforcement. too little behavior: Assessing task interspersal procedures in conjunction with different reinforcement schedules with autistic children. Journal of applied behavior analysis. Vol. 25(4). PP. 795808-.

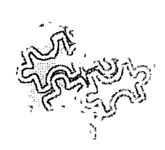
- Charlop. M. H.. Owen. G.. Tan. N.. & Milstein. J. P. (1988): Teachning autistic children cooperative play. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. New York.

- Charlop. M.H. (1986): Setting effects on the occurrence of autistic children's immediate echolalia. Journal of Autism and Developmental Disorders. 16. pp. 473483-.

- Charman. T.. Baron-Cohen. S.. Swettenham. J.. Cox. A.. Baird. G.. & Drew. A. (1997): Infants with autism: an investigation of empathy. pretend play. joint attention. and imitation. Develop-mental Psychology. 33. pp. 781789-.

- Charman. T.. Taylor. E.. Drew. A.. Cockerill. H.. Brown. J Baird. G. (2005): Outcome at 7 years of children diagnosed & with autism at age 2: Predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 46. 500213-.

- Chawarska. Katarzyna. Ami Klin. Rhea Paul and Fred Volkmar (2007): Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression.



Journal of Child Psychology and Psychiatry 48(2), pp 128138-.

- Cicero, Frank (2002): Investigation of a reinforcement based toilet training procedure for children with autism, research in developmental disabilities. Vol. 23(5), PP. 319-331.

- Cicero. F & Pfadt, a (2002): "Investigation of a Reinforcement Based Toilet Training Procedure for a Children with Autism, Reaseach in Develop-ment Disabilities, Vol. (2), No. (1), pp. 6163-.

- Cohen, Phyllis M (1998): Psychograph With Autistic Children, (Italian) Psychiatric Dell Infancies Dell Adoloscenza, Edizioni Borla, Italy, Vol (65), P.P 479484->

- Connor, Michael (2003): Monitoring and Reviewing Early Behavioural Intervention in Autism (Lovaas), Educational Psychology in Practice, Vol. 19, No. 1.

- Cowley G. (2003): Girls, boys and Autism, Prentice Hall, Inc., New Jersey.

- Cox, R., and Mesibov, G. (1995): Relationship between autism and learning disabilities. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), Learning and cognition in autism. (p. 5770-). New York: Plenum.

- Curcio, F. (1978): Sensorimotor functioning and communication in mute autistic children. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8, pp. 281292-.

- Campbell, M, Kafantaris, V; Malone, R; Kowalik, S; Locascio, J. (1991): Diagnostic and assessment issues related to pharmacology therapy for children and adolescent with autism, behavior modification, vol (15), No (3), July, PP. 326354-.

- Charlop, M.; Milston, J. (1989): Teaching autistic children conversational speech using video modeling, Journal of Applied Behavior Analysis, vol (22), No(3), PP.275285-.

- Cohen, D.J.; Donnellan, A.M. (1985): Handbook of autism and pervasive developmental disorder. New York< Chi Chester Brisbane, Toronto, Singapore.

- Dalrymple, N & Ruble, L. Parent views (1992): Toilet Training and Behaviors of people with Autism: parent views Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. (22), No. (2), PP. 265275->

- De Bildt, A. (2004): Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) classification in children and adolescents with mental retardation. Journal of Autism and Developmental Disorders, 34(2), 129137-.

- Delinicolas, K.E. & Young, L.R. (2000): Joint attention, Language, Social relating, and Stereotypical behavior in children with autistic disorder Published by SAGE Publications, http://aut.sagepub.com, 11, 42.

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision (2000): Publisher: American Psychiatric Association. Autistic Disorder. from the World Wide Web: http://www.av.com.

- DiLavore. P.. Lord. C.. and Rutter. M. (1995): Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS). Journal of Autism and Developmental Disorders. 25. pp. 355379-.

- Dianne. E; Berkell (1992): Autism: Identification. education and treatment New jersey. Hove and London.

- Eaves. L.. and Ho. H. (1996): Stability and change in cognitive and behavioral characteristics of autism through childhood. Journal of Autism and Developmental Disorders. 26(5). pp.557569-.

- Feldman. R.. McGee. G.. Mann. L. and Strain. P. (1993): Nonverbal effective decoding ability in children with autism and in typical preschoolers. Journal of early intervention. Vol. 17. No. 4. pp. 341350-.

- Felini. L. (1991): Relationship between selected behaviors and developmental skills in children with autism. Education special. Vol. 52. pp. 357.

- Fitton. L. (2000): The validity of the Wing Subgroup Questionnaire for assessing autism subtypes in young nonverbal children. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 60(7-B). pp.3562-.

- Fombonne. E. (2003): Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. Journal of Autism and Developmental Disorders. 33(4). pp.365382-.

- Fred. R. Volkamar (2001): Autism and pervasive Developmental Disorder. Cambridge University press.

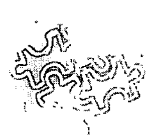
- Gillberg. C. (1990): Do children with autism have March birthday? Acta Psychiatric Scandinavia. Vol. 82. PP. 152156->

- Goldfischer. H. (2002): Improving the diagnostic utility of the Childhood Autism rating Scale. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 63(1-B). P. 525.

- Goldsmith. R.T; Leblanc. A.L. & Sautter. A.R. (2006): Teaching intraverbal behavior to children with autism. Published by Elsevier Ltd.

- Gotham. Katherine. Susan Risi. Andrew Pickles and Catherine Lord (2007): The Autism Diagnostic Observation Schedule: Revised Algorithms for Improved Diagnostic Validity. journal of Autism and developmental Disorders. vol. 37. pp.613627-.

- Gray. Kylie M.. Bruce J. Tonge and Deborah J. Sweeney (2008): Using the Autism



Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with Young Children with Develop-mental Delay: Evaluating Diagnostic Validity. Journal of Autism and Developmental Disorders. 38. 657667-.

- Guo. Yan-Qing. Yilang Tang. Catherine Rice. Li-Ching Lee. Yu-Feng Wang and Joseph F. Cubells (2011): Version (CH-ASSQ) in Beijing. China Validation of the Autism Spectrum Screening Questionnaire. Mandarin Chinese. autism. SAGE Publications and The National Autistic Society. pp.115-.
- Gray. C.A (1995): Teaching children with autism to Read social situation. New York. Delmar. PP.219242-.
- Howlin. P., & Rutter. M. (1987): Treatment of autistic children. London. Wiley.
- Hwong B., and Hughes C., (2000): The effects of social interactive training on early social communica-tive skills of children with autism. journal of autism and developmental disorders. vol. 30(4). PP., 331343-.
- Hagberg. B.; Aicard. J.; Dias. K.; Ramos. O. (1983): Progressive syndrome of autism. dementia. ataxia. and loss of purpose: Rett syndrome Report of 35 Case Annals of Neurology. vol(14). PP.471479-.
- Ingersoll. Brooke-Renne (2003): Teaching children with autism to imitate using a naturalistic treatment approach: Effects on imitation language. play and social behaviors. Ph.D., University of California. San Diego.
- Ingersoll B., and Laura S., (2006): Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using naturalistic behavioral. Journal of autism and developmental disorders. Vol. 36(4). PP. 487505-.
- Jones. G. S. (2000): Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties. Prostaglandins. Leukotrienes and Essential Fatty Acids. 63 (12/). 3336-. Harcourt Publishers Ltd.
- James. Balls (1996): Increasing social interactions of preschool with autism through relationship with typically developing peers practicum. Report. Nova Southeast term University. U.S.A. Florida.
- Kanner. L. (1943): Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child. 2. PP. 217250-.
- Kanner. L., and Eisenberg. L. (1956): Early infantile autism. American Journal of Orthopsychiatry. 26. pp. 5565-.
- Karen P., and Laura S., (1997): Using peer trainers to promote social behavior in autism: Are they effective at enhancing multiple social modalities. Focus on autism and other developmental disabilities. Vol.. 12(4). PP. 207218-.
- Kleinman. Jamie M., Pamela E. Ventola. Juhi Pandey. Alyssa D. Verbalis. Marianne Barton.

Sarah Hodgson, James Green, Thyde Dumont-Mathieu, Diana L. Robins and Deborah Fein (2008): Diagnostic Stability in Very Young Children with Autism Spectrum Disorders, Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, pp. 606615-.

- Klin, A., and Volkmar, F. (1995): Autism and the pervasive developmental disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 4(3), 617630-.

- Kushak, Rafail I., Gregory Y. Lauwers, Harland S. Winter and Timothy M. Buie (2011): Intestinal disaccharidase activity in patients with autism, autism, SAGE Publications and The National Autistic Society, Vol 15(3); pp. 285294-.

- .- Landa, Rebecca (2007): Early communication development and intervention for children with autism, Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews, Vol. 13 Issue 1, pp 1625-.

- Le Couteur, Ann, Gyles Haden, Donna Hammal and Helen McConachie (2008): Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Pre-school Children Using Two Standardised Assessment Instruments: The ADI-R and ADOS, Journal of Autism and Developmental Disorders, 38, 362372-.

- Leekam, S. R., & Ramsden, C. A. (2006): Dyadic orienting and joint attention in preschool children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 36, pp. 185197-.

- Leekam, S. R., Lopez, B., & Moore, C. (2000): Attention and joint attention in preschool children with autism. Developmental Psychology, 36, pp. 261273-.

- Linares, Gonzales and Lissette, j. (2006): A supportive training program for parents of autistic children. Diss. Abs. Inter. Vol. 67(5-B), P. 2838.

- Lord, C, & Risi, S. (2000): Diagnosis of autism spectrum disorders in young children. In A. M. Wetherby & B.M..

- Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., Dilavore, P., Pickles, A., and Rutter, M. (2000): The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30(3), pp. 205223-.

- Macal, Piner and Michelle, Lewis (1999): The effect of sufficient exemplars on the social inclusion of autistic students, Microsoft® Encarta® Encyclopedia.

- Mahler, M. (1952): On Child psychoses and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. Psychoanalytic Study of the Child, 7, pp. 286305-.

- Mancil, Richmond (2006): Functional communication training: A review of literature related to children with autism, Education and training in develop-mental disabilities, Vol. 41(3), PP. 213224-.



- Maenner M. Rice C. Arneson C. et al. (2014): Potential Impact of DSM-5 Criteria on Autism Spectrum Disorder Prevalence Estimates. JAMA Psychiatry.

- Mark D., and Anne C., (2001): Self-control in children with autism: Response allocation during delays to reinforcement journal of applied behavior analysis. Vol. 34(4)., PP. 491495-.

- Marr. D. (2007): The effect of Sensory and Stories on Targeted Behaviors in Preschool Children with Autism. PhyslOccup. Their Pediatr. 27(1): 6379-.

- Matthew S., Bob R., Tony B., Richard H., (2006): Early intensive behavioral intervention for children with autism. Therapists' perspective on achieving procedural fidelity research in developmental disabilities: A multidisciplinary journal. Vol. 27(1). P. 3042-.

- McConachie. Helen and Diggle. Tim (2006): Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. journal of Evaluation in Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd.

- McConnell S., (2002): Intervention to facilitate social interaction for young children with autism: Review of available research and recommenda-tion for educational intervention and future research journal of autism and developmental disorders. Oct., Vol., 32(5). PP., 351370-.

- Nikopoulos C., and Keeman M., (2003): Promoting social initiation in children with autism using video modeling. Behavioral intervention. Vol. 18. PP., 87108-.

- Ozonoff. S., Cook. I., Coon. H., Dawson. G., Joseph. R., Klin. A., McMahon. W., Minshew. N., Munson. J., Pennington. B., Rogers. S., Spence. M., Tager-Flusberg. H., Volkmar. F., and Wrathall. D. (2004): Performance of Cambridge Neuropsychological test Automated Battery Subtests sensitive to front lobe function. Journal of Autism and Developmental Disorders. 34(2). pp. 139150-.

- Phillip S., and Schwartz I., (2001): ABA and development of meaningful social relation for young children with autism. focus on autism and other developmental – disabilities. Sum., Vol. 16(2). PP., 120128-.

- Portoghese. Claudia. Maura Buttiglione. Francesca Pavone. Vito Lozito. Andrea De Giacomo. D omenico Martinelli and Lucia Margari (2009): The usefulness of the Revised Psychoeduca-tional Profile for the assessment of preschool children with pervasive developmental disorders. Autism. SAGE Publications and The National Autistic Society. Vol 13(2). pp.179191-.

- Preis. Janet (2007): Strategies to promote adaptive competence for students on the autism spectrum. Support for Learning. Feb. Vol. 22 Issue 1. pp1723-.

- Quill. K. A. (2000): Do – watch – Listen – Say: Social and communication intervention

for children with autism. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.

- Rachel T., Patrick G., and Ginger W., (2006): The effects of token reinforcement on attending in a young child with autism. Behavior intervention. Vol. 21(3). PP. 155-164.

- Rae S., Michael M., and Cheryl J., (2005): A case study of team supports for a student with autism's communication and engagement within the general education curriculum preliminary report of the beyond access model. AAC: Augmentative and alternative communication. Vol. 21(2). PP. 101115-.

- Remington. Anna. et al. (2011): Attentional Status of Faces for People With Autism Spectrum Disorder. Autism. Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journals Permissions.nav DOI: 10.11771362361311409257/. aut.sagepub.com. 0(0). pp. 114-.

- Salt. Jeff. Sellers Val. Shemilt John. Boyd Shala. Coulson Tracey & McCool Susan (2001): The scottich center for autism preschool Treatment program: A developmental Approach to Early Intervention. The interventional – Journal of Research and practice. Vol.5. No.4. 73362-.

- Shaver. M. A. (2007): Communication Functions. Autism. and AAC. Dissertation. Kansas University. Proquest Information and Learning Company.

- Spiker. Michael A., C. Enjey Lin. Marilyn Van Dyke and Jeffrey J. Wood (2001): Restricted interests and anxiety in children with autism. Autism. Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav. aut.sagepub.com 0(0). pp. 113-.

- Susan W., Lawrence S., Benedetto V., Michael A., Eugene A., (2006): Risperidone and adaptive behavior in children with autism. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry. Vol. 45(4). PP. 431439-.

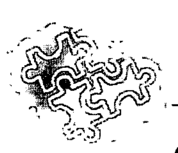
- Schopler. Eric (1982): Evaluation in understanding and treatment of Autism. Triangle. Vol(21). PP.5157-.

- Tomanik. Stacey S., Deborah A. Pearson. Katherine A. Loveland. David M. Lane and J. Bryant Shaw (2007): Improving the Reliability of Autism Diagnoses: Examining the Utility of Adaptive Behavior. J Autism Dev Disord (2007) 37: 921928-.

- Uta. F. (1991): Autism and Asperger syndrome. Cambridge University Press.

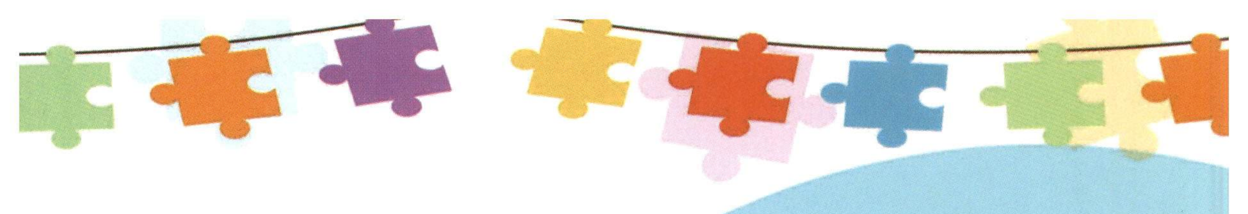
- Vallente. M. S. (2004): Autism. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Vol. 10. No.5. PP. 236243-.

- Ventola. P., Kleinman. B., Pandey. J., Barton. M., Allen. S., Green. J. Robins. D., & Fein. D. (2006): Agreement among four diagnostic instruments for autism spectrum



disorders in toddlers. Journal of Autism and Developmental Disorders. 36. 839847-.

- Williams C.. (2001): A longitudinal study of cognitive. language and social competence in adolescents and young adults with autism. Diss. Abs. Inter.. Aug.. Vol. 62(2-B). P. 1121.
- Wing. L. (2001): The autistic spectrum A parent guide to understanding and helping your child. Berkeley California. Ulysses Press.
- Wolf. S. (2005): Psychiatric Disorders of Childhood in kendell. R. E. and Zeally. A. K. (Eds.) Compa-nion to psychiatric Studies. London disciplines. Oxford: Pergamon Press.
- Wing Lorna (1966): Early Childhood Autism. Clinical Education and Social Aspects: Toronto.
- Yirmiya. N.. Sigman. M. and Freeman. B. (1994): Comparison between diagnostic instruments for identifying high-Functioning children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol.24. No.3.



هذا المرجع الذي بين أيدينا من الإسهامات والخطى التي يمكن أن يسير عليها الوالدين والباحثين والقائمين على رعاية الأطفال مضطربي طيف التوحد، ذلك لما يتضمنه من معلومات ومعارف عن شخصية هؤلاء الأطفال وخصائصهم، كما ينير الطريق لتشخيصهم بدقة من خلال أساليب متنوعة ونصائح عن أساليب انتشار هذا الاضطراب الأمر الذي يستوجب تجنب حدوثه منذ البداية بقدر الإمكان، كما ويتضمن هذا المرجع كل ما يمكن أن نقدمه للطفل التوحدي من أساليب الرعاية والتنمية والتدريب لبعض المهارات الهامة التي تساعده لأن يعتمد على نفسه وهذا يخفف الأعباء والمسؤوليات تجاهه من قبل الراعيين له ومن ثم المضي نحو علاج الكثير من مظاهر القصور لمواكبة مدى أفضل من النمو المرتقب.

